

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**A REPRESENTAÇÃO MATERNA
DA LIGAÇÃO MÃE-FILHO NA GEMELARIDADE**

Mara Filipa Conceição Candeias

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



A REPRESENTAÇÃO MATERNA
DA LIGAÇÃO MÃE-FILHO NA GEMELARIDADE

Mara Filipa Conceição Candeias

Dissertação orientada pelo
Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2013

Agradecimentos

O espaço limitado desta secção de agradecimentos, certamente, não me permite agradecer como deve de ser, a todas as pessoas que, ao longo deste meu percurso me ajudaram quer direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

Ao Professor Doutor João Justo, por me ter orientado e acompanhado ao longo de todo este projeto, sempre com uma solução para os problemas que foram surgindo e, principalmente, pela disponibilidade para me escutar e esclarecer as dúvidas.

Às minhas mães de gémeos, sem as quais não teria sido possível fazer esta investigação. Pela disponibilidade, pelo contributo, pela paciência e pela honestidade das respostas, essenciais à realização deste projeto.

Às minhas colegas, Catarina e em especial à Gaëlle pelos indetermináveis desabafos ao telemóvel, por todos os momentos de debate de ideias e teorias e pela partilha dos bons (e menos bons) momentos.

Aos meus amigos, que estiveram presentes, interessados e que entenderam as ausências.

À minha família, em especial aos Meus Pais, à Minha Irmã, ao Meu Cunhado e Sobrinho, um enorme obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me oferecem.

"It's the oldest story in the world. One day, you're 17 and playing for someday, and then quietly and without you really noticing, someday is today, and then someday is yesterday, and this is your life."

Resumo

Objetivo: O objetivo principal desta investigação é estudar a ligação materna na gemelaridade, por outras palavras, perceber como esta se estabelece na presença, não de um, mas de dois bebés.

Amostra: Mães ($N = 30$) de bebés gémeos, com idades compreendidas entre os 3 e os 18 meses.

Instrumentos: Após a obtenção do Consentimento Informado por escrito, foi pedido a cada participante que preenchesse um Questionário Sociodemográfico e Clínico, seguido da versão portuguesa do Questionário das Características do Bebé (um para cada bebé). Em seguida foi realizada a Entrevista R (uma para cada bebé). Por último, as participantes foram convidadas a preencher a versão portuguesa da Escala de Ligação Mãe-Bebé (uma para cada bebé).

Hipóteses: Formularam-se três hipóteses. H1: a representação mental materna de cada bebé pode ser explicada pela perceção materna do temperamento de cada um dos gémeos. H2: a ligação materna que a mãe estabelece com cada bebé pode ser explicada pela representação mental materna desse bebé. H3: a diferença entre as representações mentais maternas de cada bebé pode ser explicada pela diferença entre a perceção materna do temperamento de cada bebé.

Tratamento estatístico: Realizaram-se diversas análises de regressão conforme cada uma das hipóteses em causa.

Resultados: A primeira hipótese foi parcialmente confirmada, enquanto a segunda e a terceira hipóteses não foram.

Conclusão: Os dados obtidos permitem concluir que as mães de gémeos têm funcionamentos mentais distintos para cada um dos gémeos, sendo estes motivados por diversas variáveis, quer sejam as do próprio bebé ou maternas. O que acaba por se refletir nas ligações que as mães estabelecem com os seus filhos gémeos, sendo estas, relações com muitos aspetos positivos.

Palavras-chave: ligação materna, gemelaridade, representações mentais maternas, temperamento.

Abstract

Goal: The main goal of this research is to study the maternal bonding in twinning, in other words, to understand how this is established in the presence of not one but two babies.

Sample: Mothers (N = 30) of twin babies, aged between 3 and 18 months.

Instruments: After written Informed Consent was obtained, each participant was invited to fill a Sociodemographic and Clinical Questionnaire, followed by the Portuguese version of the Infant Characteristics Questionnaire (one for each baby). Then the R Interview was conducted (one for each baby). Finally, participants were invited to fill the Portuguese version of the Mother-Baby Bonding Scale (one for each baby).

Hypothesis: Three hypotheses were developed. H1: the mental maternal representation of each baby can be explained by the maternal perception of the temperament of each twin. H2: the maternal bond that the mother establishes with each baby can be explained by the mental maternal representation of each baby. H3: the difference between mental maternal representations of each baby can be explained by the difference between maternal perception of temperament of each baby.

Statistical analyzes: Several regression analyzes were performed according to each one of the hypothesis in discussion.

Results: The first hypothesis was partially confirmed, while the second and third hypotheses were not.

Conclusion: The data obtained showed that mothers of twins have different mental working through for each of the twins, which are motivated by several variables, either of the baby itself or of the mother. These, ultimately, are reflected in the bondings that mothers have with their twin sons, being these, relationships with many positive aspects.

Key-words: maternal bonding, twinning, mental maternal representations, temperament.

Índice

1.	Enquadramento Teórico.....	1
1.1.	A Ligação Materna.....	1
1.2.	Especificidades da Ligação Materna na Gemelaridade.....	5
1.3.	Representações Mentais Maternas	10
1.4.	Temperamento do Bebê	15
2.	Objetivos Gerais do Estudo e Hipóteses Gerais de Investigação	19
2.1.	Objetivo Geral	19
2.2.	Hipóteses Gerais.....	19
3.	Metodologia	21
3.1.	Definição de variáveis	21
3.2.	Operacionalização de variáveis: Instrumentos	21
3.2.1.	Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	21
3.2.2.	Questionário das Características do Bebê.....	22
3.2.3.	Entrevista “R” adaptada.....	24
3.2.4.	Escala de Ligação Mãe-Bebê.....	28
3.3.	Hipóteses Específicas	29
3.4.	Procedimentos: Seleção e Recolha da Amostra	30
3.5.	Descrição da Amostra	31
3.5.1.	As participantes	31
3.5.2.	Os pais dos gémeos	32
3.5.3.	O agregado familiar.....	33
3.5.4.	A gravidez e o parto	33
3.5.5.	Os bebés	34
4.	Resultados	35
4.1.	Teste das Hipóteses	36
4.1.1.	Testagem da Hipótese 1 para o primeiro bebé.....	38
4.1.2.	Testagem da Hipótese 1 para o segundo bebé	40
4.1.3.	Testagem da Hipótese 2 para o primeiro bebé.....	43
4.1.4.	Testagem da Hipótese 2 para o segundo bebé	47
4.1.5.	Testagem da Hipótese 3.....	53
5.	Discussão dos Resultados e Conclusão	55
	Bibliografia	61
	Anexos em CD	

Índice de Tabelas no texto

Tabela 1 - Síntese da Entrevista “R” adaptada a este estudo.....	25
Tabela 2 - Nível Socioeconómico – Frequências e Percentagens	33
Tabela 3 – Análise de Regressão relativa à HE1 para o primeiro bebé	38
Tabela 4 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o primeiro bebé	39
Tabela 5 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o primeiro bebé	39
Tabela 6 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o primeiro bebé	40
Tabela 7- Análise de Regressão relativa à HE1 para o segundo bebé	41
Tabela 8 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o segundo bebé	41
Tabela 9 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o segundo bebé	42
Tabela 10 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o primeiro bebé	44
Tabela 11 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o primeiro bebé	44
Tabela 12 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o primeiro bebé	45
Tabela 13 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o primeiro bebé	46
Tabela 14 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé	48
Tabela 15 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé	48
Tabela 16 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé	49
Tabela 17- Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé	49
Tabela 18 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé	50
Tabela 19 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé	51
Tabela 20 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé	52
Tabela 21 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé	52
Tabela 22 - Análise de Regressão relativa à HE3 para os dois bebés	53
Tabela 23 - Análise de Regressão relativa à HE3 para os dois bebés	54

Índice de Anexos (em CD)

Anexo I. Folha de Informação à Participante

Anexo II. Consentimento Informado

Anexo III. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV. Escala de Ligação Mãe-Bebé

Anexo V. Instruções de aplicação da Entrevista R

Anexo VI. Entrevista R

Anexo VII. Questionário das Características do Bebê

Anexo VIII. Carta modelo de pedido de autorização para a recolha da amostra

Anexo IX. Caracterização da Amostra (Dados Sociodemográficos e Clínicos)

Anexo X. Consistência Interna do Questionário de Características do Bebê (Bebé 1)

Anexo XI. Consistência Interna do Questionário de Características do Bebê (Bebé 2)

Anexo XII. Consistência Interna da Escala de Ligação Mãe-Bebé (Bebé 1)

Anexo XIII. Consistência Interna da Escala de Ligação Mãe-Bebé (Bebé 2)

Anexo XIV. Análise de multicolinearidade

Anexo XV. Estudo do ajustamento à distribuição normal

Anexo XVI. Dados obtidos através do Questionário de Características do Bebê (Bebé 1 e Bebé 2)

Anexo XVII. Dados obtidos através da Entrevista R (Bebé 1 e Bebé 2)

Anexo XVIII. Dados obtidos através da Escala de Ligação Mãe-Bebé (Bebé 1 e Bebé 2)

Anexo XIX. Regressão Linear da H1, usando como VD a dimensão Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XX. Regressão Linear da H1, usando como VD a dimensão Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXI. Regressão Linear da H1, usando como VD a variável Dimensão Intervalar (Bebé 1 e Bebé 2)

Anexo XXII. Regressão Linear H2, usando como VD a Pontuação Total e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XXIII. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Positivo e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XXIV. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Negativo e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XXV. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Not Clear e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XXVI. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Not Clear e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXVII. Regressão Linear H2, usando como VD a Pontuação Total e Subescalas e VI a Dimensão Intervalar (Bebé 1)

Anexo XXVIII. Regressão Linear H2, usando como VD a Pontuação Total e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXIX. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Positivo e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXX. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Negativo e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXXI. Regressão Linear H2, usando como VD a Pontuação Total e Subescalas e VI a Dimensão Intervalar (Bebé 2)

Anexo XXXII. Regressão Linear H3, usando como VD a diferença na Positividade dos Traços Pessoais

Anexo XXXIII. Regressão Linear H3, usando como VD a diferença na Dimensão Intervalar

1. Enquadramento Teórico

1.1. A Ligação Materna

A relação precoce entre a mãe e o seu bebé têm sido alvo de variadas investigações ao longo do tempo, tendo sido um tema que contou com as contribuições de vários autores. Nesse sentido há que salientar, em primeiro lugar, o contributo de Winnicott (1958/2007) ao dizer que a mãe desempenha o papel de cuidadora num estado de absorção intensa pela criança e pelo seu bem-estar, a que o autor chamou de “*preocupação materna primária*”. Este estado de dedicação característico da mãe, em que o foco está na relação com o bebé, permite-lhe oferecer-se a si mesma de bom grado como um meio para cuidar do crescimento do seu bebé. E permite-lhe, igualmente, identificar-se com o bebé, de modo a ir ao encontro das necessidades físicas e psicológicas do mesmo (Winnicott, 1965/1995; 1987/2006; 1958/2007). Numa linha semelhante Daniel Stern (1997), fala de uma “*constelação materna*” e mostra, que progressivamente durante a gravidez, a mãe elabora uma representação do bebé que promove o envolvimento afetivo e a interação apropriada com a criança a seguir ao parto.

É, igualmente, importante referir o contributo de Bowlby em 1958 (citado por Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005) para a temática da vinculação referindo a importância da proximidade entre mãe-bebé, e como esta é imprescindível à sobrevivência deste. Esta ideia de dependência, proteção e sobrevivência é reforçada por George e Solomon em 1999 (citado por Figueiredo 2003), ao afirmarem que o sistema de vinculação materna desenvolve-se paralelamente ao sistema de vinculação do bebé, tendo por fim a mesma função adaptativa.

Em 1970, os autores Robson e Moss (citado por Figueiredo, 2003) preferiram a designação “*maternal attachment*”, para demonstrar o quanto a mãe sente o seu bebé como parte essencial da sua vida. Tal como outros autores, estes salientaram a importância dos primeiros contactos entre mãe e bebé e o quanto determinantes são para o desenvolvimento e, subsequente, bem-estar do bebé.

O termo “*bonding*” foi introduzido, inicialmente, por Klaus e Kennel em 1976. Este termo diz respeito ao vínculo único, específico e perdurável que se estabelece entre a mãe e o bebé, que se inicia e constrói ao longo da gravidez. Por outras palavras, esta relação forma-se entre a mãe e o seu bebé desde que se verifica a primeira interação e

vai sendo reforçada ao longo da convivência entre estes, sobretudo após o parto, depois do contacto com o recém-nascido (Figueiredo, 2003; Figueiredo *et al.*, 2005; Klaus & Kennel, 1976; Spinner, 1978).

Todos estes autores caminharam para a mesma noção, usando termos diferentes, de que existe uma irrefutável ligação entre a mãe e o seu bebé. De acordo com Figueiredo e colaboradores (2005), esta ligação estabelece-se através de um processo de adaptação, progressivo e mútuo, onde existe um conjunto de disposições mentais que influenciam este processo. As disposições mentais incluem o envolvimento emocional da mãe com o filho, bem como a preocupação com a segurança e bem-estar do bebé (e.g. Winnicott, 1958/2007) e o espaço mental que o bebé ocupa no universo representativo materno (e.g. Stern, 1997). Esta ligação afetiva “exige tanto da mãe como do bebé, e estabelece-se gradualmente, a partir dos momentos iniciais, em que se dão os primeiros intercâmbios entre a mãe e o bebé, geralmente considerados muito determinantes para o relacionamento futuro na díade” (Figueiredo, 2003, p. 523).

No entanto é necessário realizar uma distinção entre o termo *bonding* e vinculação materna. Como já foi mencionado previamente, o termo *bonding* diz apenas respeito à ligação e sentimentos que a mãe nutre em relação ao seu bebé. Já a vinculação materna desenvolve-se paralelamente ao sistema de vinculação da criança, e inclui a ligação da criança face à mãe, existindo assim uma interdependência entre estes dois (Taylor, Atkins, Kumar, Adams & Glover, 2005). Estes dois termos têm uma relação complementar, pois a forma como o *bonding* se estabelece vai condicionar a natureza da vinculação (Coimbra de Matos, 2007).

Existem diversos fatores que ponderam no estabelecimento desta ligação afetiva, tais como os de cariz biológico, psicológico e sociocultural. Todos estes aspetos remetem para o período de gestação, o parto e o período pós-parto imediato, e, no fundo, tem sempre a mãe, o pai e o bebé como pontos de referência (Figueiredo, 2003).

Subsistem, igualmente, diferentes teorias sobre o processamento e fundação da ligação materna. Durante muito tempo houve a noção de que este processo se estabelecia apenas aquando do primeiro contacto físico. No entanto, ao contrário ao que inicialmente se pensava, não existe um “ponto crítico” ou “sensível” para o estabelecimento de uma ligação afetiva da mãe ao bebé, pois hoje em dia existem fortes indicações que esta se estabelece de uma forma gradual (Robson & Moss, 1970 citado por Figueiredo, 2003).

Nesta perspectiva, existem autores que defendem a noção que a ligação materna é um processo que se vai construindo ao longo da gravidez, por este motivo, investigadores como Schmidt e Argimon (2009) recorrem ao termo “bonding materno-fetal”. Ao longo da gestação, a mãe vai construindo uma ideia sobre como será o seu bebé, através das características comportamentais dentro do útero, o que resulta em uma relação materno-fetal, onde existem expectativas e sentimentos sobre o bebé. E, esta ligação intensifica-se após o parto, pois o contacto pele-a-pele com o recém-nascido tem efeitos positivos e duradouros no envolvimento emocional da mãe e dos cuidados que esta presta (Figueiredo, 2005; Figueiredo, *et al.*, 2005; Gomes-Pedro, 1985; Klaus & Kennel, 1976). Dados obtidos por Klaus e Kennel (1976), demonstram que quanto mais cedo a mãe contactar com o recém-nascido, mais rápido se observa o seu envolvimento emocional. Favorecendo assim a criação de um *bonding* positivo através deste contacto íntimo (Ainsfeld & Lipper, 1983).

As razões para tal ocorrer parecem residir nas alterações hormonais maternas relacionadas com o parto e a amamentação. Onde hormonas como ocitocina e prolactina desempenham um papel importante no comportamento da mãe em relação ao bebé. Estas alterações tornam a mãe mais sensível e recetiva ao bebé (Figueiredo, 2001; Figueiredo, 2003; Gomes-Pedro, 1985; Klaus & Kennel, 1976; Taylor, *et al.*, 2005). De igual forma, a atribuição que a mãe faz ao primeiro contacto com o bebé e, igualmente, a disposição do recém-nascido para interagir com a progenitora, parecem exercer influência sobre o envolvimento emocional (Figueiredo, 2003; Figueiredo, 2005; Figueiredo, *et al.*, 2005; Spinner, 1978).

Por outro lado, existem razões que levam a crer que este processo é ainda mais vagaroso do que seria pensado. Não se tratando de um fenómeno imediato, que acontece sempre após o primeiro contacto com o bebé, mas antes um processo que se vai intensificando ao longo do primeiro ano de vida do bebé. No estudo de 1978 de MacFarlane, Smith, e Garrow (citado por Figueiredo, 2003), apenas 41% das mães da amostra que estudaram sentiram durante a gravidez uma afeição especial pelo bebé, sendo que 24% desenvolveram essa afeição logo após o nascimento do filho e com o passar do tempo as restantes mães começaram a nutrir sentimentos de afeição em relação aos seus filhos. E existem outros estudos (Newton & Newton, 1962; Robson & Kumar, 1980 citado por Figueiredo, 2003) que vão de encontro com a teoria que vinculação materna se fortalece ao longo do primeiro ano de vida. Observando uma

ligação muito mais forte com o bebê nos meses que se seguem ao parto, quando comparada com os valores do *bonding* no pós-parto imediato (Taylor, *et al.*, 2005).

Tal ocorrência pode ser explicada à luz de vários fatores, tais como: se a gravidez e o bebê foram desejados; as atitudes perante a gravidez; o apoio social recebido durante o período gestacional; a relação marital; as características da gravidez; como o parto foi sentido, se existiu acontecimentos *stressantes* ou complicações a nível obstétrico (e.g. utilização de instrumentos no parto, assistência médica no nascimento, internamento, etc.) ou se este foi sentido como muito doloroso e desconfortável; o impacto da prematuridade do bebê; o contacto/separação imediata após o nascimento; e a disponibilidade dos pais para se vincularem ao filho (Carek & Capelli, 1981; MacFarlane, Smith, & Garrow, 1978 citado por Figueiredo 2003).

De igual forma, determinadas características da mãe, como por exemplo, a segurança na representação da vinculação e o ajustamento no relacionamento conjugal, têm impacto no envolvimento emocional da mãe para com o bebê (Belsky & Isabella, 1988; Figueiredo, *et al.*, 2005; Isabella, 1994). Características da sua personalidade (incluindo empatia, ansiedade e depressão) exercem influência sobre o processamento da ligação afetiva (Schmidt & Argimon, 2009). Da mesma forma, fatores sociodemográficos, tais como o nível socioeconómico e educacional, a idade materna, o número de gestações, afetam o processamento (MacFarlane, Smith, & Garrow, 1978 citado por Figueiredo, 2003).

No que diz respeito ao bebê, dificuldades comportamentais e a falta de competências interativas deste, são fatores que impedem o desencadeamento e ativação do *bonding*. Uma vez que o fato do bebê ser capaz de estabelecer contato ocular, de produzir determinadas expressões faciais, e ainda, a sua capacidade de imitar a mãe, são fatores estimuladores do envolvimento emocional materno (Blau, 1962; Brazelton & Cramer, 1989/2007; Figueiredo, 2003; Figueiredo, 2005; Stern, 1977/1980). Dessa forma, o bebê participa de forma ativa na ligação afetiva que a mãe vai criar com ele através de comportamentos “desencadeadores sociais das respostas instintivas da mãe” (Bowlby, 1976, p. 39). Ou seja, através das suas competências comunicativas (e.g. manter o contacto ocular, vocalizações, imitar a mãe). Estas condutas transmitem à mãe a ideia de que o bebê lhe está a responder, atraindo a sua atenção e fazendo com que mantenha o seu interesse e investimento (Figueiredo, 2001; Stern, 1977/1980).

Estas condutas permitem à mãe sentir o bebê como uma pessoa verdadeira, e quando os bebês são capazes de demonstrar aos pais que têm preferência por estímulos

humanos, e principalmente por darem preferência aos estímulos parentais aos restantes estímulos humanos, é impossível que os pais não caiam sob o domínio do bebé (Brazelton & Cramer, 1989/2007). Dessa forma, as mães, no seu geral, sentem o bebé como uma pessoa estranha até ao 1º mês, revelando insegurança na relação com este e nos cuidados prestados ao mesmo. No entanto, é por volta desta altura que o bebé começa a reconhecer a mãe, o que, por sua vez, ajuda a mãe a sentir o bebé como uma pessoa verdadeira, o que promove o envolvimento emocional materno (Figueiredo, 2003).

Após esta análise sobre o que consiste a ligação materna e como esta se estabelece, surge a questão da investigação: como é que esta ligação materna se estabelece quando não existem duas mas sim três pessoas presentes desde o início?

1.2. Especificidades da Ligação Materna na Gemelaridade

Quando é abordado o tema da ligação materna no fórum da gemelaridade, é assumido que esta se vai formar de uma forma diferente pois não se trata de estabelecer a ligação com um bebé, mas com dois simultaneamente. Bryan (2003), sobre este tema, diz que antes do nascimento, a maior parte das mães estão convencidas de que irão amar os seus bebés da mesma forma, ou seja, de que irão criar uma ligação afetiva igual com ambos.

Primeiro que tudo, é importante mencionar como esta gravidez é vivida. De acordo com David, Azevedo, Russi, Berthoud e Oliveira (2004), a gravidez gemelar é experienciada num grande estado de ansiedade e agitação e traz, também, consigo uma série de medos e preocupações. Uma dessas preocupações refere-se ao parto pré-termo. Normalmente, a gestação de gémeos não atinge o nono mês e, como consequência, quando estes bebés nascem são detentores de um tamanho e peso abaixo dos padrões da normalidade, devido à sua prematuridade. Para além destes fatores, é igualmente verificado que gestações desta natureza requerem cuidados especiais; muitas mães apresentam com maior frequência alguns problemas de saúde. No entanto, os autores chegaram à conclusão que, apesar das expectativas e ansiedade serem mais intensas do que na gravidez de um único filho, estes fatores não interferem no desenvolvimento de uma ligação materna.

No que diz respeito à transição para a parentalidade, Goshen-Gottstein (citado por Menzel & Rotnem, 1990) referem a temática da transição, no caso de nascimentos múltiplos, como uma época de crise acentuada. A tarefa de formar múltiplas ligações ao

mesmo tempo, numa altura em que a mãe está física e emocionalmente desgastada, ao mesmo tempo que sofre de *stress* devido às tarefas árduas da maternidade, é deveras desgastante, até para a mãe mais competente.

Numa perspetiva mais psicanalítica, Cherro (1992) aborda as especificidades da gemelaridade, mais propriamente a gravidez e o parto gemelar, como um acontecimento que desperta na mãe fantasias primitivas sobre um produto fragmentado, por outras palavras, em vez de ser olhado como um resultado singular, inteiro e único, é imaginado como dividido e fragmentado. Klein em 1978 (citado por Cherro, 1992) menciona que o produto fragmentado podia ser sentido pela mãe como uma vingança, o que iria despertar uma série de defesas contra os efeitos negativos.

A “divisão complementar” poderia ser uma das defesas. Nesta defesa, os aspetos rejeitados ou idealizados dos pais seriam projetados sistematicamente e exclusivamente num dos gémeos. Dessa forma, é estabelecida uma diferenciação, tendo por base uma noção artificial e não uma individualização autêntica. Pode ocorrer a existência de uma diferenciação exagerada, onde os gémeos são vistos como opostos um do outro, sendo-lhes atribuídos pares de opostos rígidos, e.g.: um é ativo, enquanto o outro é passivo, um é competente, enquanto o outro é incompetente, etc. Estes opostos, podem ser igualmente expressos em termos de aceitação ou rejeição de um gémeo. Tal foi visível no estudo de caso de Menzel e Rotnem (1990), onde uma das gémeas foi alvo de uma identificação por parte da mãe, o que levou à projeção dos sentimentos de incompetência e de culpa que a mãe sentia, tendo sido por isso rejeitada inicialmente pela mãe. A “confusão aglutinativa” é outra defesa possível, onde o produto fragmentado pode ser negado, apagando as diferenças. Dessa forma, os gémeos não são olhados como indivíduos distintos mas como partes complementares do mesmo ser.

Devido a todas estas arduidades, Menzel e Rotnem (1990) abordam a importância de fornecer apoio a futuras mães de gémeos. Eles salientam a relevância de existir uma preparação para estas mães sobre como irá ser a transição para uma parentalidade onde existe o dobro das preocupações, do trabalho, do *stress*, etc. Toda esta preparação é essencial uma vez que a ideia de ser uma mãe “suficientemente boa” para dois bebés pode ser assustadora para a gestante (Winnicott, 1970 citado por Lucion & Escosteguy, 2011). Menzel e Rotnem (1990) falam ainda da necessidade de existir um espaço onde elas possam discutir a sua ambivalência ou sentimentos negativos sobre tornarem-se mães de gémeos. Um espaço onde possam exprimir as suas apreensões sobre as tarefas de cuidar de mais do que de um bebé ao mesmo tempo. Tudo isto com o

intuito de a mãe não se sentir isolada, com sentimentos de culpa e depressão, o que pode liderar a uma falha nos cuidados prestados aos bebês, o que por sua vez traria implicações para o processo de ligação materna entre aquela e os seus bebês.

Todos estes pareceres levam-nos a assumir que a ligação materna será instituída de uma forma diferente quando se trata de gémeos, o que parece ser verdade. Bryan (2003) salienta que, após o nascimento, a realidade pode ser diferente em comparação com a fantasia criada pela mãe, segundo a qual esta iria amar os seus bebês da mesma forma. A mesma autora diz que é provável que um dos bebês seja mais fácil de amar do que o outro, ou que tenha um temperamento mais parecido com a mãe, o que leva a uma preferência da parte da mãe por um, em prol do outro. Iguais pareceres são demonstrados nos estudos de Minde e colaboradores (citado por Goldberg, Perrotta & Minde, 1986), onde as mães demonstraram preferência por um bebê em detrimento do outro.

O caso parece complicar-se quando os bebês gémeos, por serem em norma bebês de pré-termo, necessitam de permanecer no berçário dos Cuidados Especiais ou dos Cuidados Intensivos, este tipo de ocorrência dificulta o estabelecimento de uma relação com o bebê. Nos casos menos favoráveis pode nunca vir a desenvolver-se uma relação satisfatória. Devido a tal, é recomendável que os gémeos nunca sejam separados, mesmo que um já esteja forte e perfeitamente saudável para ir para casa, de forma a que a mãe possa estar com ambos ao mesmo tempo. Se tal não for exequível, então é essencial que a mãe passe a maior parte do tempo com o bebê doente, para que não fique demasiado envolvida, a nível emocional, com o gémeo que está consigo e “esqueça” a existência do outro. Ainda, neste tema, existe o fator da culpabilidade que a mãe sente por ter um junto de si, enquanto o outro permanece numa incubadora, sentindo uma impotência face ao fato de não conseguir estar em dois locais ao mesmo tempo (Bryan, 2003).

Na investigação longitudinal de Goldberg, Perrotta e Minde (1986), foi sugerido, como hipótese de estudo, que a mãe apenas consegue formar, com sucesso, uma relação íntima com um bebê de cada vez. Dessa forma, mães de gémeos iriam ter dificuldades em atender às necessidades dos dois bebês, o que, por sua vez, resultaria no estabelecimento de vinculações inseguras entre os gémeos e a mãe. No entanto, chegaram à conclusão que, para uma mãe, é mais árduo estabelecer uma ligação íntima e satisfatória quando se trata de um bebê pré-termo. Embora a maioria da amostra tenha estabelecido uma ligação segura, o fator prematuridade faz com que uma relação segura

tenha mais traços de agressividade e evitamento, e tal pode ser observado em mães de gémeos uma vez que, na sua maioria, estes bebés nascem antes de tempo. Os autores especularam que a presença de um par contribuía para o estabelecimento de um estilo de vinculação segura entre os gémeos e a mãe, mas apenas marginalmente, pois tal como o trabalho de Harlow e Harlon em 1965 (citado por Goldberg, Perrotta & Minde, 1986) mostra, a presença de um par funciona como um substituto para o estabelecimento da vinculação.

No entanto, Gottfried e colaboradores (citado por Finkel, Will & Matheny, 1998) em 1995 realizaram um estudo de forma a entender a vinculação entre gémeos e entre estes e a sua mãe, chegando à conclusão que, embora a presença do outro gémeo possa amparar os sentimentos reacionários em relação à separação da mãe, é sempre a figura da mãe que o gémeo procura para providenciar conforto e não a do outro gémeo, chegando à conclusão que os gémeos estabelecem um elo de ligação entre estes mas a figura de vinculação continua a ser de tipo parental.

No que diz respeito à ligação materna, o caso parece agravar-se seriamente quando a mãe não consegue distinguir os seus bebés. Bryan (2003) suporta a ideia de que é absolutamente necessário poder distinguir os gémeos desde o princípio, fazendo recurso a colchas ou brinquedos diferentes nos berços, de forma a permitir aos pais comunicarem com cada um dos bebés mesmo antes de chegarem ao pé do berço. Devido a tal, Bryan defende ser crucial que a mãe saiba distinguir os bebés para poder estabelecer uma ligação materna positiva com ambos os gémeos. Goshen-Gottstein (1980), na mesma linha, reforça a ideia que o que parece ser mais importante no processo de ligação materna com nascimentos múltiplos é a capacidade de a mãe identificar características únicas e distintivas de cada um dos gémeos, o que parece promover o estabelecimento de uma apropriada e positiva ligação materna com cada um dos gémeos. Cherro (1992) chegou à mesma conclusão; os pais necessitam de criar, manter e mesmo exagerar as diferenças entre os seus gémeos, de forma a evitar a confusão gerada pela existência de gémeos.

David, Azevedo, Russi, Berthoud e Oliveira (2004) enveredaram pelo mesmo postulado teórico na sua investigação, afirmando que as características pessoais dos filhos gémeos influenciam a mãe a ligar-se de uma forma diferente com cada bebé, estabelecendo assim diferentes padrões com cada um dos gémeos. Mencionam, ainda, que a falta da perceção da mãe quanto à necessidade de preservar e respeitar a entidade de cada um dos filhos gémeos pode dificultar o estabelecimento de uma ligação

satisfatória com ambos, pois trata os gémeos de forma semelhante. Devido a estas evidências, os autores mencionam que é importante reforçar a capacidade de aceitação da mãe, de forma a aceitar as diferenças individuais de cada um dos bebés, uma vez que ao atender os bebés da forma que é mais adequada para o bebé, este vai ser mais responsivo.

A autora Burlingham (1946) refere que existem mães constantemente à procura de diferenças na aparência e no comportamento dos seus gémeos. Caso elas falhem, esta incapacidade de os diferenciar confere à mãe um sentimento de falha, ou seja, esta inaptidão de distinção é sentida como uma falha narcísica. A mesma autora refere que, para estas mães, é muito desconcertante não terem a certeza de qual criança está a sentir determinada emoção, tal como não ter a certeza de que determinada emoção que a mãe está a sentir por um dos gémeos está a ser transmitida a esse mesmo gémeo. Burlingham menciona que, muitas mães, chegam mesmo a afirmar que não são capazes de amar os seus filhos até os saberem distinguir, tornando-se, assim, necessário que a mãe distinga cada um dos seus gémeos para que se possa ligar afetivamente a estes.

No fundo, todos estes autores caminharam para a mesma noção de os pais não deverem tratar os gémeos como um “bloco único” de necessidades e carinho (Machado, 1980).

Bryan (2003) salienta que é bastante positivo quando, ainda na maternidade, as mães descrevem diferenças patentes no comportamento e na forma de chorar dos seus bebés. Esta situação leva a crer que as experiências intrauterinas podem ter efeitos muito profundos. Esta situação ganha relevo, principalmente, quando se trata do caso de gémeos idênticos, onde a noção de que são dois indivíduos separados é extremamente benéfica, uma vez que existem estudos, como o de Cohen, Dibble, Grawe e Pollin (1973) onde 78% dos pais confundia os seus gémeos monozigóticos, o que nos leva a questionar sobre como seria a ligação dos pais com estes filhos.

Vários investigadores (e.g., DiLalla & Bishop, 1996; Matheny *et al.*, 1976; Scarr & Carter-Saltzman, 1979) observaram o mesmo fenómeno; pais de gémeos monozigóticos têm tendência a tratar dos gémeos de forma mais semelhante do que os pais de gémeos dizigóticos, durante os primeiros anos de vida. Os investigadores colocaram a hipótese de que a semelhança no tratamento se devia a influências genéticas sobre temperamento. Bebés com temperamento semelhante, que exibem comportamento semelhante, eram tratados de forma idêntica.

Outra questão importante é a atribuição de nomes. Bryan (2003) defende a ideia de que os nomes não deveriam ser muito semelhantes semanticamente, para que os gémeos sejam tratados como individualidades autónomas desde o início. Já para não mencionar que nomes semelhantes semanticamente exigem um maior esforço da parte das pessoas para distinguir os dois bebés. Na mesma linha de pensamento, Malmstrom e Davis (1987) apontam que, para promover a formação da identidade saudável de cada gémeo, a família deve: a) dar nomes distintos; b) evitar vestir os gémeos com roupas parecidas; c) oferecer, a cada gémeo, os seus próprios brinquedos; d) referir, cada gémeo, pelo seu nome próprio e, e) nos aniversários, deveria existir uma ligeira distinção (dois bolos pequenos, cantar duas vezes a música de parabéns, dar presentes separados aos bebés, etc.). Os autores tentam, dessa forma, salientar o quanto estas pequenas ações reforçam e contribuem para o processo de individualização dos gémeos.

Allen, Greespan e Pollin em 1977 (citado por Menzel & Rotnem, 1990) reforçam a noção de como as percepções parentais em caso de nascimentos múltiplos estão dependentes da percepção do temperamento das crianças e das características da sua personalidade. Isto acaba por se refletir nos comportamentos parentais. Dessa forma, o temperamento do bebé, as características da personalidade e os traços individuais são relevantes para o processo da ligação materna, pois ajudam a mãe a distinguir os gémeos.

1.3. Representações Mentais Maternas

Esta capacidade de identificar e distinguir bebés remete para o conceito de representações mentais maternas. Por outras palavras, a habilidade de reconhecer individualmente os seus gémeos está ligada à capacidade de a mãe criar representações mentais distintas dos seus gémeos.

O constructo primeiramente a ser elucidado aqui é de representação interna ou mental. De acordo com Zeanch e Barton (1989) a representação interna, ou mental, entende-se por memórias “estruturais” que representam a versão vivida de uma experiência de um indivíduo. São aspetos internos de um padrão relacional que guia os comportamentos interrelacionais externos. Bretherton (1985) apontou para o fato que representações internas são um tipo especial de “*representações generalizadas de eventos*”, não sendo dessa forma memórias de eventos específicos, mas sim médias abstratas de eventos relacionados. De uma forma similar, representações internas de

relacionamentos são abstrações de várias experiências internas e subjetivas e comportamentos interrelacionais correspondentes (Zeanch & Barton, 1989).

Stern (1985, 1989) propôs um esquema de construção das representações internas, consistindo numa hierarquia organizada de redes. Onde as representações mais globais encontravam-se acima de eventos mais específicos. Para este autor, o ponto de partida seria um momento interativo específico, codificado como uma memória específica. Memórias específicas de eventos vividos são denominadas memórias episódicas. Posteriormente, uma série de memórias episódicas seriam transformadas em uma memória prototípica ou representação, sendo este o nível mais baixo da hierarquia de representações.

Quando a memória prototípica fazia parte de um grupo de interações específicas similares, a criança desenvolveria “*Representações Generalizadas das Interações*” (RIG, na nomenclatura de Stern). Sequências interativas mais longas encontrar-se-iam no próximo nível da hierarquia, às quais Stern deu o nome de “*Representações de Cenários*”. Mais à frente na hierarquia existiria um grande número de RIGs, que formaria um “*Modelo de Funcionamento Interno*”. Estes modelos serviriam como regras internas, mediando a resposta comportamental da pessoa a dada situação, a forma como a informação externa é percebida, os afetos desencadeados, as memórias evocadas e as respostas dos indivíduos aos outros.

Bowlby (1988) também contribuiu para a noção de representação mental através da sua conceptualização do “*Modelo de Funcionamento Interno*”. Onde as representações mentais assumiam um carácter dinâmico e atuavam fora da consciência, constituindo-se assim a partir da experiência relacional precoce com as figuras de vinculação. Estas representações correspondem a esquemas cognitivos de interpretação da realidade, mas adquirem características mais complexas que incluem os afetos, as fantasias conscientes e inconscientes, a memória e os planos de ação importantes nas relações significativas.

Zeanch e Barton (1989) mencionam que as representações internas dos pais podem ou não influenciar as interações que estes estabelecem com o seu filho, e que estas começam a desenvolver-se logo desde a gravidez. Neste caso interessa-nos as representações mentais que a mãe constrói, e de acordo com Stern (1989) por representações mentais maternas nós entendemos todas as fantasias da mãe, medos, desejos, distorções, percepções seletivas, atribuições, etc. Ou seja, todos os aspetos

interessantes do ponto de vista psicanalítico e que possam explicar as perturbações na relação mãe-bebé.

Fazendo uma retrospeção no desenvolvimento do conceito de representações mentais maternas, podemos salientar o trabalho de autores como Winnicott e Bion, que deram uma importância especial e única às fantasias maternas. Os sonhos das mães, as preocupações, as fantasias e as identificações projetivas (em forma de representações) em relação ao bebé, desempenhavam um papel crucial no desenvolvimento psicológico do bebé (citado por Stern, 1997). Partindo deste contexto, Selma Fraiberg revolucionou a perceção desta situação, ao afirmar que todas as fantasias e memórias da mãe contribuíam para o processo que provocava relações patológicas entre mães e filhos. O que acabava por resultar na aparição de sintomatologia no filho do casal. Por outras palavras, Fraiberg abordou o papel crucial da identificação projetiva e da dimensão transgeracional nas psicopatologias relacionais precoces (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975; Fraiberg, 1982).

Lebovici em 1983 introduz o conceito de “*interações fantasiosas*”, de forma a ilustrar como a dinâmica interativa entre a mãe e o seu bebé é determinada pelas fantasias da mãe sobre o bebé, e é influenciada pelas vivências infantis da mãe. O mesmo autor fala da noção de “*bebé fantasmático*”, cuja origem está no inconsciente infantil da mãe e da sua relação infantil com as suas figuras parentais, e “*bebé imaginário*”, que nasce com o desejo de uma gravidez e nas fantasias que a mãe tem relativamente a este futuro bebé. Esta é a representação mais realista que foi construída com base no desejo da mãe para a maternidade e a sua atual situação relacional.

Ammaniti e colaboradores (1992), numa linha semelhante, mencionam que durante a primeira gravidez ocorre uma mudança decisiva. A representação do bebé, que originalmente seria uma parte integrante do *self* da grávida, torna-se mais autónoma e realista, quando confirmada pela presença do bebé. Especialmente durante o 2º trimestre, quando a presença da criança é inegável através dos movimentos intrauterinos, o que por sua vez nutre o processo representacional. É igualmente relatado que, durante a gravidez, as características atribuídas ao bebé, estão diretamente relacionadas com as características que a mãe atribui a si mesma (e.g. se a representação materna for “protetora”, “afetiva” e “dócil”, a imagem correspondente da criança será “calma”, “fácil” e “inteligente”).

Este achado suporta a teoria de Stern (1989), de que a representação mental da mãe sobre o bebé, inclui a representação mental do bebé em si e a representação da mãe

enquanto mãe. Zeanah e colaboradores (1985) demonstraram que a descrição da mãe sobre o seu bebê, nos últimos meses de gestação, era extremamente positiva. Os investigadores especularam sobre esta ocorrência, e sugeriram que esta idealização deve acontecer devido à representação da mãe sobre o seu parceiro (na sua investigação a representação mental sobre o pai do bebê era mais positiva, que a da própria mãe). A idealização do seu bebê, tendo por referência o parceiro, ajuda a mãe a não se fundir com o bebê. O que poderia ocorrer se ela projetasse as suas características no bebê.

Contudo, Pajulo e colaboradores (2001) afirmaram que, próximo do parto, algumas mulheres têm dificuldade em basear a representação do bebê na representação do pai deste, retirando-o assim do círculo imaginário. A mãe começa a ver-se cada vez mais como o principal contribuinte para as características e vida do bebê, e sente o bebê como seu. Depois do nascimento do bebê, a mãe reconstrói as suas representações mentais, agora mais baseadas no bebê real.

Ilcali e Fisek (2004) demonstraram, na mesma linha, que as grávidas que tendiam a identificar o feto com o pai do mesmo, depois do parto, são as mães que tendem a atribuir ao bebê características delas próprias. Tal pode ocorrer devido ao desenvolvimento da identidade materna ou, por outro lado, pode ser consequência da reunião do bebê e da mãe, após o episódio de separação, que é o parto.

No estudo de Fava-Vizziello e dos seus colaboradores (1993) foi denotado que as representações mentais maternas mudam após o parto. Esta mudança parece ser influenciada pela interação mãe-bebê que ocorre quando a mãe presta cuidados ao bebê. Uma vez que a mãe reorganiza-se perante a presença real do bebê e começa a desempenhar o papel de mãe. No entanto, os mesmos autores ponderam que a longo prazo, pode não existir uma redefinição de papéis, no sentido de adotar o papel de mãe e a ter uma representação mental do que é ser mãe, se estas mães não criaram um espaço mental, como mães, durante a gravidez.

Stern (1991, 1997) aborda, igualmente, a importância do contexto temporal do desenvolvimento das representações mentais maternas sobre o bebê. Partilhando a mesma opinião de Ammaniti e dos seus colaboradores (1992) e Fava-Vizziello e dos seus colaboradores (1993), de que a riqueza da representação mental aumenta conforme a progressão da gravidez. Embora, na altura do parto há uma dissolução na riqueza e especificidade, pois acredita-se que a mãe não quer conhecer o seu bebê recém-nascido, carregando consigo uma representação formada e específica. Existindo, posteriormente,

uma reelaboração da representação mental sobre o bebê, agora mais baseada no bebê verdadeiro.

Segundo Stern (1997) o nascimento do primeiro filho faz com que a mãe vivencie uma organização psíquica nova e única e que designa de Constelação da Maternidade. O autor explica que esta constelação vai determinar um novo conjunto de tendências, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. Contudo, esta nova organização é temporária e de duração variável, podendo prolongar-se por meses ou anos. Ainda que, durante esse tempo, constitui o organizador dominante para a vida psíquica da mãe.

Esta Constelação da Maternidade é constituída pelas representações que a mãe tem sobre o bebê, sobre si própria enquanto pessoa e enquanto mãe, sobre o pai e sobre a sua própria mãe (Stern, 1997). Stern (1991, 1997) no seu trabalho tentou elaborar a forma como as representações mentais são estabelecidas e sobre o que são constituídas. Criando assim uma lista de aspetos relacionais que estão presentes na mente da mãe e que constituem as representações mentais maternas. Sendo estas: 1) Representações sobre o bebê: incluem as representações maternas sobre o bebê como pessoa (e.g. tipo de personalidade, caráter, temperamento, etc.). O bebê como filho que pertence à mãe e ao seu marido, como pai; a outra criança como irmão; aos seus pais como neto, etc. Cada um desses papéis representa um bebê diferente que pode, inclusive, parecer distinto e comportar-se de forma distinta. Estes modelos incluem a predição de como será o bebê em etapas posteriores; 2) Representações sobre a mãe: incluem as representações maternas sobre si própria como pessoa; como mãe de uma criança; como mulher do seu marido, etc.; 3) Representações sobre o pai: estas representações são semelhantes às da mãe, mas referem-se ao pai; 4) Representações sobre a sua própria mãe: incluem as representações maternas sobre a sua própria mãe como pessoa; como avó da criança; como elemento da família alargada. Sendo relevante a experiência que a mãe vivenciou enquanto criança aos cuidados da sua mãe; 5) Representações sobre o seu próprio pai: estas representações são semelhantes às da sua própria mãe, mas referem-se ao pai; 6) Representações de outras “figuras parentais”: por vezes uma avó, uma tia, uma irmã mais velha ou amigo de família desempenhou um papel importante como pai substituto; 7) Representações de grupos familiares: diz respeito às representações que existam ou são partilhadas na família e 8) Representações de fenómenos sociofamiliares e culturais nunca experimentados, na realidade, pela mãe: diz respeito, por exemplo, a mitos sobre familiares que já faleceram mas que a mãe têm uma “ideia narrada” sobre essa pessoa.

Ainda o mesmo autor menciona que as representações existem em dois níveis: o real, que se refere ao mundo externo objetivo e o imaginário, subjetivo e mental. Dessa forma existe o bebê real nos braços da mãe e o bebê imaginário na sua mente. Existindo, igualmente, a mãe real que segura o bebê e, ao mesmo tempo, o *self* imaginado como mãe (Stern, 1997).

Diversos investigadores têm procurado descobrir o que faz as representações mentais maternas sobre o bebê serem mais ou menos ricas. No estudo de Ilcali e Fisek (2004) foi denotado que nos primeiros 6 meses de vida do bebê, a mãe tende a descrever o bebê com palavras neutras, o que parecia sugerir um estratagema defensivo para proteger contra desilusões futuras, ao mesmo tempo que proporciona flexibilidade para a aceitação do bebê real. Os mesmos autores repararam que mulheres que já tinham concretizado a maternidade eram mais coerentes, mais flexíveis e revelaram uma narrativa mais enriquecida.

Na investigação de Guerreiro (2001) foi possível reparar que mães de famílias completas (onde o pai se encontrava presente), tinham uma maior maleabilidade psíquica e, por consecutivo, uma maior flexibilidade relativamente à representação dos filhos. Tendo assim uma representação mais rica, sugerindo um maior investimento. No estudo de Marques (2003) foi possível mostrar que mães com sintomatologia depressiva fornecem representações maternas acerca do bebê menos ricas e mais negativas, por comparação com mães não deprimidas.

1.4. Temperamento do Bebê

No estudo do temperamento foram vários os autores que contribuíram para a formulação deste conceito, através das suas diferentes abordagens teórico-metodológicas que refletem diferentes concepções e procedimentos de avaliação.

Os pioneiros neste campo do estudo do temperamento foram Thomas e Chess (1977), estes definiram o temperamento como um estilo comportamental. Ou seja, uma tendência inata individual para responder de forma previsível aos acontecimentos do meio. Os mesmos autores definiram nove dimensões do comportamento, que se encontravam agrupadas em descrições globais do funcionamento do bebê: atividade (referente à energia da criança), regularidade (em relação à previsibilidade das funções biológicas da criança), reação inicial (refere-se a como a criança reage inicialmente a novas pessoas ou ambientes), adaptabilidade (referente ao tempo que a criança demora a

ajustar-se), intensidade (em relação ao nível de energia a uma resposta positiva ou negativa), humor (refere-se à tendência geral da criança para um comportamento feliz ou infeliz), distratibilidade (refere-se à tendência da criança desviar a sua atenção por outras coisas que estão a acontecer ao seu redor), persistência e atenção (refere-se ao tempo que a criança permanece a realizar uma tarefa e a sua habilidade em permanecer mesmo quando frustrada) e sensibilidade (referente ao quanto a criança é afetada por mudanças no ambiente).

Os mesmos autores referem, ainda, que o temperamento poderia ser categorizado em “*easy*”, “*difficult*” e “*slow to warm up*”. Bebés “fáceis” facilmente adaptar-se-iam a novas experiências, exibiriam geralmente humores e emoções positivas e também teriam padrões alimentares e de sono normal. Já bebés com um temperamento considerado “difícil” seriam caracterizados por frequentes afetos negativos e expressões negativas de humor, irregularidade nas suas funções biológicas (alimentação e no sono), reações intensas a estímulos, assim como aversão inicial e lenta adaptação a mudanças no ambiente. E os bebés “*slow to warm up*”, tinham um nível de atividade baixo, e tendiam a retirar-se em caso de novas situações e pessoas, eram lentos para se adaptar a novas experiências, mas acabavam por aceitar após exposição repetida.

Ainda, Thomas e Chess advogam a aparente descontinuidade das características comportamentais com uma continuidade subjacente, pois uma mesma característica pode ser manifestada através de diversos comportamentos, ao longo do desenvolvimento do indivíduo.

Mais tarde, em 1984, Buss e Plomin explicaram o temperamento como um combinado de traços de personalidade, geneticamente estáveis e hereditários que podem aparecer prematuramente e que poderão ser estáveis ao longo do desenvolvimento. Estes autores definiram um modelo baseado em três dimensões, sendo estas a “emocionalidade negativa” (predisposição para ficar facilmente angustiado e perturbado), a “atividade” (refere-se à produção total de energia) e a “sociabilidade” (é a tendência a preferir a presença de outras pessoas para estar sozinho).

Outros autores, como Rothbart e Derryberry (1981) conceberam o temperamento de uma forma diferente, ao defini-lo como uma regulação emocional ou fisiológica. Dessa forma, o temperamento era como que uma base constitucional, responsável pelas diferenças individuais em termos de reatividade e autorregulação. Sendo tal observável nos comportamentos emocionais, de atenção e motores que se vão desenvolvendo ao longo do tempo e que sofrem a influência da hereditariedade, maturação e experiência.

Numa outra perspectiva Goldsmith e Campos (1990) descrevem o temperamento como base no desenvolvimento emocional, limitando dessa forma a concepção do temperamento à experiência e expressão emocional. Assumindo assim, que são as emoções primárias, incluindo emoções positivas e negativas (e.g., a alegria e a raiva), que regulam os processos psicológicos internos e o nível de atividade motora, como aspectos do comportamento.

Já os autores Bates, Freeland e Lounsbury (1979) deram atenção a questões como a subjetividade e objetividade na avaliação do temperamento. Atribuindo importância a fatores sociais e salientando, também, a dimensão do “temperamento difícil”. Devido a tal os autores tomaram em consideração que as diferenças de temperamento obtidas na investigação (através do uso de questionários), se deviam tanto às características intrínsecas do bebê, como à percepção pessoal da mãe ou do cuidador acerca da dificuldade em lidar com o comportamento deste. Ao contrário das investigações e abordagens prévias, Bates, Freeland e Lounsbury, deram importância ao fator desenvolvimento e que este podia alterar as características temperamentais da criança.

Vaughn e Bost (1999), defendem o temperamento como um estilo comportamental, tal como os pioneiros Thomas e Chess. E, ao mesmo tempo, como sendo uma construção social, onde a expressão das dimensões de temperamento, sugeridas pelos autores, são semelhantes às dimensões de vinculação. Ou seja, são muito próximas, se não coincidentes com os comportamentos da criança nas relações de vinculação. Devido a isso, a dificuldade do temperamento e a vinculação requerem a contribuição da interação entre os indivíduos, numa constante adaptação e ajuste entre os comportamentos dos seus intervenientes, contribuindo, assim ambos, para a trajetória do desenvolvimento da criança.

Seguindo esta linha de pensamento, podemos reparar que diversos estudos sobre o temperamento demonstram processos existentes no início da vida a partir dos quais se desenvolvem as adaptações sociais às condições ambientais. Dessa forma, existem investigações que sugerem que determinadas características do temperamento podem influenciar o desenvolvimento da criança, nomeadamente nos padrões de interação que esta estabelece com o adulto (e.g., Bell & Ainsworth, 1972; Kivijarvi, Raiha, Kaljone, Tamminen & Piha, 2004). Foi sugerido que um temperamento “mais difícil” pode afetar o nível de cuidados prestados pela mãe, diminuindo a sensibilidade materna ou aumentando o nível negativo e mais fraco de qualidade de cuidados (Vaughn & Bost,

1999). Pode-se realizar uma analogia relativamente às dimensões do temperamento, como “atividade”, “humor positivo” e “socialibilidade” como estando associadas a uma maior sensibilidade da figura de vinculação (Kivijarvi *et al.*, 2004); a dimensão de temperamento “fácil” tem sido relacionada com uma maior qualidade de interação, especialmente no estabelecimento de uma vinculação segura e uma maior sensibilidade materna (Stams, Juffer & Van IJzendoorn, 2002). Nesta perspectiva, Chess e Tomas (1989) defendiam a influência do temperamento do bebê nas práticas parentais, tal como o impacto das mesmas no funcionamento psicológico do bebê.

2. Objetivos Gerais do Estudo e Hipóteses Gerais de Investigação

Após esta breve introdução teórica podemos concluir que fatores como: temperamento do bebé e a representação que a mãe têm de cada um dos seus bebés, podem influenciar o modo como a mãe se liga emocionalmente a cada um dos gémeos.

2.1. Objetivo Geral

O nosso objetivo geral será estudar a ligação materna na gemelaridade, ou seja, perceber como esta se estabelece na presença, não de um, mas de dois bebés. Como tal, defendemos a ideia de que uma mãe só será capaz de se ligar afetivamente aos seus bebés, após ter estabelecido representações mentais maternas distintas para cada um dos seus gémeos. Tais representações mentais vão ser mais diferenciadas quanto mais diferentes estes gémeos forem sentidos em termos de temperamento.

2.2. Hipóteses Gerais

Sendo assim, temos como hipóteses gerais:

HG1: a perceção maternal do temperamento de cada um dos gémeos irá ajudar a estabelecer representações mentais maternas sobre cada um dos gémeos.

HG2: por sua vez a representação mental maternas de cada um dos bebés irá influenciar a ligação afetiva estabelecida com esse gémeo.

HG3: a diferença entre as perceções maternas do temperamento de cada um dos bebés, dá um contributo significativo para explicar a diferença entre as representações mentais maternas de cada um dos bebés

3. Metodologia

3.1. Definição de variáveis

Neste estudo iremos trabalhar com três variáveis, a variável temperamento do bebé, a variável representação mental materna e a variável ligação materna ao bebé. Na primeira hipótese, a variável temperamento do bebé constitui a variável independente e a representação mental materna constitui a variável dependente. Na segunda hipótese, a representação mental materna corresponde à variável independente e a ligação afetiva da mãe com os gémeos corresponde à variável dependente.

3.2. Operacionalização de variáveis: Instrumentos

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Desenvolvemos um questionário sociodemográfico e clínico para o presente estudo (ver Anexos), construído com o intuito de recolher informações relevantes. Neste constam questões relacionadas com a mãe, nomeadamente idade, estatuto conjugal, escolaridade (número de anos de estudos realizados com sucesso), estatuto laboral, profissão (e sua classificação dentro da Classificação Nacional de Profissões), qual a sua disponibilidade (horas diárias) para passar tempo com os seus filhos e se tem irmãos ou gémeos na família.

Relativamente ao pai foram colocadas questões relacionadas com idade, estatuto conjugal, escolaridade (número de anos de estudos realizados com sucesso), estatuto laboral, profissão (e sua classificação dentro da Classificação Nacional de Profissões), e qual a sua disponibilidade (horas diárias) para passar tempo com os seus filhos.

Indagámos, igualmente, sobre a constituição do agregado familiar (número e elementos) e qual o seu estatuto socioeconómico, determinado a partir da Classificação Social Internacional Estabelecida pelo Professor Graffar. O índice de Graffar é um método que se baseia no estudo de um conjunto de cinco critérios: profissão; nível de instrução; fontes de rendimentos familiares; conforto da habitação e aspeto do bairro onde se reside. Atribui-se a cada família observada, uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados. A soma destas pontuações definirá o escalão que a família ocupa na sociedade, aplicando coeficientes de ponderação de 1 a 5 em cada um dos grupos encontrados, obteremos a seguinte classificação: Classe I - famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9; Classe II - famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13; Classe III -

famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17; Classe IV - famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21 e Classe V - famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25 (Graffar, 1956).

Além disso, formulamos questões relacionadas com a gestação dos gémeos, se a gravidez foi planeada e desejada, tempo de gestação (duração em semanas), tipo de parto e utilização de anestésicos, tipo de instrumentos utilizados no parto e data de nascimento (de forma a calcular a idade à data da entrevista). E questões relacionadas com os bebés: sexo, peso à nascença (em gramas), comprimento à nascença (em centímetros), Apgar (ao 1º, 5º e 10º minuto), se houve tratamentos médicos à nascença (se sim porque motivo), se houve internamentos (se sim porque motivo), como foi o aleitamento e quem toma conta dos bebés.

3.2.2. Questionário das Características do Bebé

De maneira a operacionalizar a variável “Temperamento do Bebé”, utilizou-se o Questionário das Características do Bebé criado originalmente por Bates, Freeland e Lounsbury, em 1979. Posteriormente, em 2010, foi traduzido por Soares, Rangel-Henriques e Dias e validado para a população portuguesa por Carneiro, Dias, Magalhães, Soares, Rangel-Henriques, Silva, Marques e Baptista no mesmo ano, o qual é utilizado nesta investigação (ver Anexos).

Esta escala consiste num questionário desenvolvido para avaliar o constructo *Temperamento difícil do bebé*, numa idade compreendida entre os 4 e os 12 meses e pretende medir a perceção que a mãe tem do temperamento do bebé como exigente e difícil de acalmar ou fácil de lidar. Trata-se de uma medida de perceção social, constituída por componentes objetivos e subjetivos, assim as respostas assentam em características da criança (e.g. estilo comportamental da criança que outros observadores podem observar), em aspetos subjetivos da resposta (e.g. características psicológicas e de personalidade dos pais), em expectativas parentais e, por fim, numa margem de erro (Bates & Bayles, 1984)

Este instrumento é composto, originalmente, por 24 itens respondidos numa escala tipo ‘Lickert’, entre 1 e 7, sendo 1 um temperamento ideal, 4 a dificuldade média e 7 um temperamento difícil. Os itens foram sugeridos por Thomas e colaboradores (1963,1968 citado por Bates, Freeland e Lounsbury, 1979) no que diz respeito às dimensões de temperamento, por Prechtl (1963 citado por Bates, Freeland e Lounsbury, 1979) em relação às variáveis de alteração no humor e capacidade para se acalmar, e

Robson e Moss (1970 citado por Bates, Freeland e Lounsbury, 1979) contribuíram com as variáveis de rabugice e sociabilidade.

Bates e colaboradores (1979) operacionalizaram este conceito de acordo com quatro fatores que extraíram através da análise de componentes principais e a partir destes fatores foram construídas quatro subescalas. O primeiro fator extraído foi designado por “fussy/difficult”, este relaciona-se com a emocionalidade negativa como o choro, a rabugice, o humor negativo e as dificuldades da criança em auto acalmar-se, permitindo uma avaliação do grau de dificuldade média da criança e corresponde às questões 1, 5, 6, 12, 13, 14, 17, 22 e 24. O segundo fator “unadaptable” diz respeito a itens sobre as respostas da criança a novos acontecimentos e a sua capacidade de adaptar e corresponde às questões 7, 9, 10, 11 e 20. O terceiro fator “dull” contém itens que avaliam a emocionalidade positiva, o nível de atividade e expressão de afetos positivos e corresponde às questões 15, 16, 18 e 23. E o quarto fator “unpredictable” contém itens que medem a imprevisibilidade da criança quanto às suas necessidades como fome e sono ou o que incomoda o bebé quando este está a rabujar ou a chorar e corresponde às questões 2, 3, 4, 8, 19 e 21.

Como já foi mencionado, a faixa etária de aplicação é entre os 4 e os 12 meses, mas tendo em conta que na nossa investigação foi necessário alargar a faixa etária até os 18 meses (idade superior à referida no questionário aferido para a população portuguesa), devido à dificuldade em encontrar a amostra desejada, foi efetuada uma revisão dos itens de forma a ter a certeza que estes eram aplicáveis à faixa etária estendida.

3.2.2.1. Caracterização Psicométrica do Questionário das Características do Bebé na amostra do presente estudo

Analisando as características psicométricas do QCB na amostra do presente estudo, a subescala “fussy/difficult”, para o primeiro bebé e para o segundo bebé, apresentou consistência interna ($\alpha = .846$ e $\alpha = .856$, respetivamente). A subescala “unadaptable”, para o primeiro bebé e para o segundo bebé, apresentou consistência interna ($\alpha = .785$ e $\alpha = .756$, respetivamente), não tendo sido eliminado nenhum item por não existir um aumento significativo na consistência interna.

A subescala “dull”, para o primeiro bebé e para o segundo bebé, apresenta uma consistência interna muito fraca ($\alpha = .149$ e $\alpha = .397$, respetivamente), existindo uma covariância negativa em alguns itens do primeiro bebé e do segundo bebé, acreditando

tratar-se uma interpretação errónea da parte das mães. Tentou-se recodificar a cotação nas questões 16 e 18, no entanto continuou-se a encontrar uma consistência interna fraca. O mesmo se sucedeu na subescala “unpredictable”, para o primeiro bebé e para o segundo bebé, apresenta uma consistência interna fraca ($\alpha = .433$ e $\alpha = .402$, respetivamente), não existindo melhoras significativas com a eliminação de itens.

Devido ao facto que as subescalas “fussy/difficult” e “unadaptable” têm uma boa consistência interna e como as quatro escalas entram em conjunto na análise estatística, decidiu-se que iriam permanecer as quatro escalas com os itens todos. No entanto foram realizadas análises, para confirmar, onde só entravam as escalas “fussy/difficult”, “unadaptable” e “unpredictable” e continuou-se a obter os mesmos resultados.

3.2.3. Entrevista “R” adaptada

Para avaliar as representações mentais maternas utilizámos a Entrevista “R” adaptada. A Entrevista R é um instrumento de avaliação das representações maternas desenvolvido por um grupo internacional, liderado por Daniel Stern e Cristhiane Robert-Tissot em Genève (Stern et al., 1989). Escolhemos este instrumento pelo facto de permitir uma melhor compreensão do mundo representacional da mãe. Neste estudo, iremos utilizar a versão traduzida para português por Leonardo (2007).

A Entrevista R é composta por 28 questões que dizem respeito: (I) representação materna da criança, (II) papel dos acontecimentos importantes do passado da criança, (III) representação da própria mãe como mãe, (IV) representação da mãe da entrevistada, (V) semelhanças da criança com a família, (VI) influência do passado e presente da mãe, (VII) afetos ligados às representações, (VIII) receios e desejos da mãe em relação ao futuro da criança, (IX) autoestima materna e (X) outros aspetos relevantes.

Neste caso, só nos interessam as questões que dizem respeito ao grupo das representações maternas acerca do bebé, papel dos acontecimentos importantes do passado da criança, representações da mulher sobre si própria enquanto mãe, semelhanças da criança com a família, afetos ligados às representações, receios e desejos da mãe para o futuro da criança, autoestima materna e, por último, a questão em aberto (ver Anexos).

Os autores da Entrevista “R”, no artigo original, sugeriram que a análise de este instrumento fosse do tipo qualitativo e que as representações mentais maternas se avaliassem de acordo com os seguintes aspetos: dimensão (pobre ou rica), tonalidade

afetiva (positiva ou negativa), identificação do bebê com os pais, identificação da mãe com a avó materna, coerência das representações (presente ou ausente), temas de conflito e estabilidade temporal das representações. Para o nosso estudo, só alguns aspectos da análise foram aplicados, uma vez que só alguns itens nos interessavam. Estes aspectos das representações mentais operacionalizados foram analisados em outros estudos realizados, para além de Leonardo (2007), tal como Guerreiro (2001), MacGregor (2005) e Prudêncio (2006).

Passamos a ilustrar na seguinte esquema, com a síntese da Entrevista “R” adaptada a este estudo, onde se discriminam os principais temas e respetivas questões, tal como a sua análise qualitativa e/ou quantitativa.

Tabela 1 - síntese da Entrevista “R” adaptada a este estudo

Temas	Questões	Aspectos das representações mentais operacionalizados
I. Descrição do bebé	1. Descrição verbal da criança (espontaneamente) 2. Descrição verbal da criança (com ajuda) 3. Descrição percetiva da criança 4. Descrição episódica/semântica da criança	1.1. Pobreza/riqueza dos adjetivos utilizados pela mãe da criança 1.2. Tonalidade afetiva das descrições (positivas/negativas) 1.3. Quantidade de adjetivos utilizados 2.1. Obtenção de maior número de adjetivos 2.2. Evidência da diferença de tonalidade afetiva entre descrição espontânea e com ajuda. 3.1. Positividade: 0 a 10 4.1. Coerência ou consistência da representação (adequação entre adjetivos e exemplo)
II. Papel dos acontecimentos importantes do passado da criança	5. Lista dos acontecimentos importantes do passado da criança 6. Descrição percetiva de acontecimentos importantes	5.1. Acontecimentos que contribuíram para a construção da representação que a mãe tem acerca do seu filho. 6.1. Importância: 0 a 10
III. Descrição da mãe como mãe	7. Descrição verbal da mãe da criança como mãe (espontaneamente) 8. Descrição verbal da mãe da criança como mãe (com ajuda) 9. Descrição percetiva da mãe da criança como mãe 10. Descrição	7.1. Pobreza/riqueza dos adjetivos utilizados pela mãe da criança 7.2. Tonalidade afetiva das descrições (positivas/negativas) 8.1. Obtenção de maior número de adjetivos 8.2. Evidência da diferença de tonalidade afetiva entre descrição

	episódica/semântica da mãe da criança como mãe	espontânea e com ajuda. 9.1. Positividade: 0 a 10 10.1. Coerência ou consistência da representação (adequação entre adjetivos e exemplo)
IV.Semelhanças do bebê com a família	11. Semelhanças com a família (espontaneamente) 12. Semelhanças com a família, face aos adjetivos utilizados pelas mães nas questões 1 e 2	11.1. Permite compreender com quem é que ele é identificado na família 12.1 Permite compreender se existem diferenças entre as respostas à questão 15 e à questão 16.
V. Afetos	13. As três emoções mais fortes que a mãe sente em relação ao bebê 14. Avaliação das emoções	13.1 Identifica as principais emoções que a mãe sente 14.1. Intensidade: 0 a 10
VI.Desejos e medos	15. Desejos da mãe para o bebê 16. Medos da mãe para o bebê 17. Desejos da mãe para si própria 18. Medos da mãe para si própria	15.1. Identifica categoriais de desejos para o bebê 16.1. Identifica categoriais de medos para o bebê 17.1. Identifica categoriais de desejos para a mãe 18.1. Identifica categoriais de medos para a mãe
VII. Autoestima	19. Escala de autoestima	19.1. Nível: 0 a 10
VIII. Outros	20. Questão aberta	20.1. Identifica temas de conflito

Para se testarem as hipóteses deste estudo e avaliarem as diferenças das representações mentais maternas, definiram-se as seguintes variáveis:

- Variável Dimensão: que pode ser classificada nas categorias: *rica*, se o número de adjetivos da descrição espontânea for cinco, ou *não rica* se o número de descritores for inferior a cinco. Para testarmos as hipóteses da nossa investigação avaliaremos a dimensão das representações mentais maternas: do bebê e da própria como mãe;

- Variável Tonalidade Afetiva: que pode ser classificada em *positiva*, se a percentagem dos adjetivos positivos na descrição espontânea e com ajuda for igual ou superior a 50%, ou *não positiva*, se a percentagem de descritores positivos for inferior a 50%. Para testarmos as hipóteses da nossa investigação, avaliaremos a dimensão das representações mentais maternas: do bebê e da própria como mãe.

- Variável Dimensão Intervalar: que é operacionalizada numa escala ordinal de 0 a 5, conforme o número de adjetivos que a mãe forneceu de forma espontânea. Para testarmos as hipóteses da nossa investigação avaliaremos a dimensão das representações mentais maternas do bebê.

- Variável Coerência das Representações: que pode ser classificada em *coerente*, se existe adequação entre o adjetivo apresentado pela mãe e a descrição do episódio que o caracteriza ou em *não coerente*, se existe inadequação entre o adjetivo apresentado pela mãe e a descrição do episódio que o caracteriza. Para testarmos as hipóteses da nossa investigação avaliaremos a descrição episódica/semântica da criança e descrição episódica/semântica da mãe da criança como mãe.

- Variável Acontecimentos Importantes do Passado da Criança: as respostas das mães foram submetidas a análise de conteúdo e foram alvo de um processo de categorização, na qual o critério considerado foi o semântico, considerando também a frequências com que são enunciados. Avalia-se, então, os acontecimentos que contribuíram para a construção da representação que a mãe tem acerca do seu filho.

- Variável Obtenção de maior número de adjetivos: foi classificado segundo a existência ou não de um maior número de adjetivos, caso se verifique tal ocorrência é assinalado com “*Sim*”, o oposto é assinalado com “*Não*”. Avalia-se, a Descrição verbal da criança (com ajuda) e a Descrição verbal da mãe da criança como mãe (com ajuda).

- Variável Evidência da diferença de tonalidade afetiva entre descrição espontânea e com ajuda: foi classificado segundo a existência ou não de uma diferença de tonalidade afetiva entre descrição espontânea e com ajuda, caso se verifique tal ocorrência é assinalado com “*Sim*”, o oposto é assinalado com “*Não*”. Avalia-se, a Descrição verbal da criança (com ajuda) e a Descrição verbal da mãe da criança como mãe (com ajuda).

- Variável “Identificar...”: as respostas das mães foram submetidas a análise de conteúdo e foram alvo de um processo de categorização, na qual o critério considerado foi o semântico, considerando também a frequências com que são enunciados. Avalia-se, então nos afetos, desejos e medos.

- Variável Semelhanças com a Família: para analisar as parecenças com a família, os adjetivos enumerados pelas mães foram divididos em traços físicos e traços de carácter, de maneira a facilitar essa análise. Foi, igualmente, realizada uma divisão entre os traços que remetem para a família nuclear, a família materna e a família paterna. Avalia-se, então, as Semelhanças com a família e as Semelhanças com a família, face aos adjetivos utilizados pelas mães nas questões 1 e 2.

- Variável Positividade dos Traços Pessoais: que é operacionalizada numa escala ordinal de 0 a 10, estando agrupados em positivos na extremidade à direita e os

negativos na extremidade à esquerda. Avalia-se a positividade dos traços pessoais do bebê e da própria como mãe.

- Variável Influência dos Acontecimentos: que é operacionalizada numa escala ordinal de 0 a 10, sendo 0 “Nenhuma”, crescendo até 10 “Muita”. Avalia-se a influência dos acontecimentos na descrição perceptiva de acontecimentos importantes.

- Variável Intensidade dos Afetos: que é operacionalizada numa escala ordinal de 0 a 10, sendo 0 “Raramente”, crescendo até 10 “Frequentemente”. Avalia-se intensidade dos afetos na avaliação das emoções.

- Variável Nível da Autoestima: que é operacionalizada numa escala ordinal de 0 a 10, sendo 0 “Muito má”, crescendo até 10 “Muito Boa”. Avalia-se o nível da autoestima na escala de autoestima.

3.2.4. Escala de Ligação Mãe-Bebé

Por último, no que diz respeito à ligação materna, iremos utilizar a Escala de Ligação Mãe-Bebé, escala destinada a avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebê. Esta escala é a versão portuguesa do “Mother-Baby Bonding Scale” (Taylor, Atkins, Kumar, Adams & Glover, 2005) e que foi, segundo Figueiredo e colaboradores (2005), sujeita a um processo de tradução e retroversão não tendo surgido nenhuma divergência nos itens (ver Anexos). Aos oito itens presentes na escala original (Afetuosa”, “Protectora”, “Alegre”, “Desiludida”, “Ressentida”, “Desgostosa”, “Neutra” e “Possessiva”) foram acrescentados quatro (“Zangado”, “Agressivo”, “Triste” e “Medroso”) para que estivessem presentes a totalidade das emoções referidas como básicas.

A escala de Ligação Mãe-Bebé (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005) é, assim, composta por 12 itens de autorrelato simples, que descrevem, em uma única palavra, sentimentos presentes na mãe face ao seu novo filho. Estes são cotados numa escala tipo ‘Lickert’, entre 0 e 3, consoante a emoção a que o item se refere esteja “nada” (0), “um pouco” (1), “bastante” (2) ou “muito” (3) presente na relação dos pais com o bebê. Neste instrumento são identificadas três subescalas:

- Subescala “Bonding Positivo”, constituída por 3 itens (Afetuosa, Protetora e Alegre), que mede o envolvimento emocional positivo da mãe com o bebê;
- Subescala “Bonding Negativo”, constituída por 6 itens (Zangada, Agressiva, Triste, Ressentida, Desgostosa, Desiludida), que avalia o envolvimento emocional negativo;

- Subescala “Bonding Not Clear”, constituída por 3 itens (Receosa, Possessiva, Neutra ou Sem Sentimentos), que sinaliza a presença de emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional dos pais com o bebé.

Na escala de Ligação Mãe-Bebé, os itens são pontuados no sentido em que, quanto mais presente a emoção em causa, mais elevado é o resultado. O resultado das subescalas, que corresponde à soma da pontuação obtida nos respetivos itens, é tanto mais elevado quanto mais presente a dimensão que avalia. Por conseguinte, a pontuação total (que se obtém pela subtração do resultado das subescalas “Bonding Negativo” e “Bonding not Clear” ao resultado da sub-escala “Bonding Positivo”) é tanto maior quanto melhor o “bonding” entre a mãe e o bebé.

3.2.4.1. Caracterização Psicométrica da Escala de Ligação Mãe-Bebé na amostra do presente estudo

Na nossa amostra, a Escala de Ligação Mãe-Bebé apresenta uma consistência interna moderada para a sua escala total composta por 12 itens, tanto para o primeiro bebé ($\alpha = .574$) como para o segundo bebé ($\alpha = .617$), não existindo itens que se eliminados melhorassem a consistência interna da escala. A subescala “Bonding Positivo” apresenta uma consistência moderadamente fraca, tanto para o primeiro bebé ($\alpha = .445$), como para o segundo bebé ($\alpha = .583$). Existindo uma melhoria significativa se eliminado o item “Protetora” ($\alpha = .746$ para o primeiro bebé, e $\alpha = .802$), no entanto como a escala é constituída por apenas três itens, e como um número abaixo desse impede a realização da análise estatística, os três itens permaneceram na escala. A subescala “Bonding Negativo” apresenta uma consistência moderadamente fraca, tanto para o primeiro bebé ($\alpha = .437$), como para o segundo bebé ($\alpha = .485$), não existindo uma melhoria significativa se eliminados itens. A subescala “Bonding Not Clear” apresenta consistência interna, tanto para o primeiro bebé ($\alpha = .503$), como para o segundo bebé ($\alpha = .671$), não existindo uma melhoria significativa se eliminados itens.

3.3. Hipóteses Específicas

Assumindo que a hipótese geral anteriormente enunciada pode ser apreciada através de uma regressão linear múltipla, enunciamos as seguintes hipóteses específicas:

HE1: nas mães de bebés gémeos, a perceção materna do temperamento dos bebés dá um contributo significativo para explicar a variância estatística das

representações mentais maternas acerca desses bebés, mesmo após o controlo dos impactos das variáveis sociodemográficas maternas e paternas, da disponibilidade parental, das variáveis clínicas maternas e das características do bebé.

HE2: nas mães de bebés gémeos, as representações mentais maternas acerca de cada um desses bebés dão um contributo significativo para explicar a variância estatística da ligação materna relativamente ao mesmo bebé, mesmo após o controlo dos impactos das variáveis sociodemográficas maternas e paternas, da disponibilidade parental, das variáveis clínicas maternas e das características do bebé.

HE3: nas mães de bebés gémeos, a diferença entre as percepções maternas do temperamento de cada um dos bebés, dá um contributo significativo para explicar a variância estatística da diferença entre as representações mentais maternas de cada um dos bebés, mesmo após o controlo dos impactos das variáveis sociodemográficas maternas e paternas, da disponibilidade parental, das variáveis clínicas maternas e das características do bebé.

3.4. Procedimentos: Seleção e Recolha da Amostra

A amostra do estudo foi constituída por mães de gémeos com idades entre os 3 e os 18 meses, que se voluntariaram para participar no estudo após ter sido solicitada a sua participação.

De forma a entrar em contacto com estas mães, estivemos em contacto com a Associação Gémeos e Mais, sendo esta uma associação dedicada a pais de gémeos com o intuito de fornecer informação a estes. Esta associação tem comunidades como “Grupo Gémeos e Mais” e “Mãe de Gémeos”, as quais cooperaram com a nossa investigação, ao publicar no seu espaço virtual um pedido de colaboração da nossa parte, no qual explicávamos a natureza da investigação de forma a solicitar a sua participação voluntária neste, reforçando a questão do anonimato e confidencialidade da informação prestada. Através deste pedido, fomos contactos por mães de gémeos, interessadas em participar.

Após este contacto inicial, onde as mães manifestaram interesse em participar, nós explicamos, em mais detalhe, em que consistia a sua participação, esclarecemos os objetivos e procedimentos do estudo e, se a mãe continuasse de acordo, prosseguíamos

para a marcação de um encontro de forma a realizar o levantamento das informações, num local conveniente à mãe.

Este encontro iniciava-se com um reforço sobre os objetivos e procedimentos do estudo, através da demonstração da “Folha de Informação ao Paciente” (ver Anexos).- Era-lhes solicitado que respondessem com a maior sinceridade possível tendo em conta a sua própria experiência e sublinhando a inexistência de respostas certas ou erradas. A seguir, assegurava-se o anonimato e a confidencialidade com o “Consentimento Informado” (ver Anexos). Após ter sido estabelecido este primeiro contacto pessoal, dávamos início à aplicação dos instrumentos, seguindo uma ordem pré-estabelecida.

Começávamos pelas informações sociodemográficas e clínicas, através do preenchimento do Questionário Sociodemográfico e Clínico (ver Anexos).

Após a recolha desta informação, era pedido o preenchimento do Questionário das Características do Bebê, existindo um protocolo para cada bebê. Para além das instruções contidas na escala, foi apenas reafirmada a necessidade de leitura atenta de todas as questões e foi sublinhada a disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida.

De seguida, administrávamos a Entrevista R (ver Anexos). O resultado de esta entrevista era registado em folha de anotação específica, previamente construída para o efeito (ver Anexos). Era realizada, primeiro, uma entrevista para um dos gémeos e a seguir outra para o outro gémeo.

Por último, pedíamos às mães para preencherem o protocolo da Escala de Ligação Mãe-Bebê, novamente com um protocolo para cada bebê. Sendo, reafirmada a necessidade de leitura atenta de todas as questões e sublinhada a disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida.

No total, não se ultrapassou as duas horas de encontro com a mãe. A duração média das aplicações foi de hora e meia e decorreram sempre de forma individual.

3.5. Descrição da Amostra

3.5.1. As participantes

Participaram na presente investigação 30 mães de gémeos, as participantes tinham idades compreendidas entre os 24 e os 38 ($M = 32,73$, $DP = 3,737$), a sua maioria era de nacionalidade portuguesa, existindo algumas mães de nacionalidade brasileira, no entanto todas tinham residência fixa no Distrito de Lisboa e Setúbal.

A maior parte das mães era casada (63,3%), 10 mães viviam em união de facto (33,3%) e apenas uma mãe encontrava-se separada do progenitor dos bebés.

Relativamente ao nível de instrução, 70% das mães conclui o ensino superior, 26,7% conclui o ensino secundário e apenas uma mãe não completou o ensino secundário. A média de anos de estudo realizados com sucesso é de 15,63 (DP = 2,619). Quanto à profissão, 46,7% encontrava-se empregada, 10% em licença de maternidade e 13,3% trabalhava por conta própria ou a partir de casa, o que indica que 60,7% exerciam uma atividade profissional e as restantes encontravam-se desempregadas (30%). No que diz respeito à profissão desempenhada, 70% pertenciam ao grupo profissional das *Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas*, de acordo com a Classificação Nacional das Profissões, (Instituto do Emprego e Formação Profissional [IEFP], 2011), 10% ao *Pessoal Administrativo*, 6,7% aos *Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio*, 6,7% aos *Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores* e apenas duas mães designaram-se como domésticas.

Em média as mães passavam, durante a semana, 13,77 horas por dia com os seus bebés (DP = 9,790), a providenciar cuidados e em tempo de lazer, existindo mães que tinham total disponibilidade para estar com os seus filhos (24 horas), já outras apenas podiam despende de algumas horas (3 horas). Relativamente à questão se tinha gémeos na sua família, 46,7% das mães disse que sim, e em relação à questão de se tinha irmãos, 83,3% das mães disse que tinha irmãos.

3.5.2. Os pais dos gémeos

No que diz respeito aos dados sobre o pai dos gémeos, estes foram facultados pelas próprias participantes. Relativamente à idade destes, esta variava entre os 22 e os 46 anos (M= 33,87, DP= 5,800). Tal como as mães, a sua maioria era de nacionalidade portuguesa, existindo alguns pais de nacionalidade brasileira, no entanto todas tinham residência fixa no Distrito de Lisboa e Setúbal.

Em termos de estatuto conjugal, as estatísticas são iguais às das mães. Relativamente ao nível de instrução escolar, apenas 20,1% não terminou o ensino secundário (6,7% terminou o 3º ciclo e 13,4% frequentou o ensino secundário mas não o completou), 33,3% completou o ensino superior e 46,6% conclui o ensino superior. A média de anos de estudo realizados com sucesso é de 13,83 (DP = 2,995). Quanto à profissão, 96,7% encontrava-se a exercer uma atividade profissional (76,7% encontrava-se empregado e 20% trabalhava por conta própria ou a partir de casa), existindo apenas

um pai que se encontrava desempregado. Em relação às profissões exercidas, 36,7% pertenciam ao grupo profissional das *Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas*, 26,7% eram *Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores*, 16,7% eram *Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio*, 6,7% eram *Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices*, 6,7% eram *Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem*, 3,3% eram *Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura* e 3,3% das *Profissões das Forças Armadas*.

Em média os pais passavam, durante a semana, 4,4 horas por dia com os seus filhos, variando entre a disponibilidade total e a 1 hora diária.

3.5.3. O agregado familiar

Relativamente ao estatuto económico, de acordo com a Classificação Social Internacional Estabelecida pelo Professor Graffar (1956), verificou-se que na sua maioria as participantes pertenciam à classe média (60%) (ver tabela). Das participantes no estudo, 80% apenas tinham os gémeos e 20% já tinham pelo menos um filho.

Tabela 2 - Nível Socioeconómico – Frequências e Percentagens

	I	II	III	IV	V
Frequências	2	8	18	2	0
%	6,7%	26,7%	60,0%	6,7%	0%

Nota: I – Classe Alta; II – Classe Média Alta; III – Classe Média; IV – Classe Média Baixa; V – Classe Baixa

3.5.4. A gravidez e o parto

Na sua totalidade, 73,3% das gravidezes foram planeadas e 86,7% foram desejadas. Em média, as gravidezes tinham um tempo de gestação de 34,17 semanas (entre as 26 e as 38 semanas), o que indica que a grande maioria dos bebés nasceram pré-termo.

A maior parte da amostra (70%) teve um parto por cesariana com epidural, 23,3% teve um parto normal (eutócito) e 6,7% teve um parto por cesariana com anestesia geral. Dentro dos partos normais, na sua grande maioria (80%) não foram utilizados instrumentos, apenas 10% necessitou da ajuda de fórceps e outros 10% utilizou ventosas.

3.5.5. Os bebês

Quando as mães foram entrevistadas a nossa amostra de bebês gêmeos tinha em média entre os 3 e os 18 meses ($M= 12,10$, $DP= 4,139$). Em relação ao primeiro bebê a nascer, a maioria era masculina (63,3%) e apenas 36,7% era feminina. Estes pesavam em média 2213,60 gramas (variando entre as 1435 e as 2750 gramas) e mediam 44,43 cm (variando entre os 40 e os 48 cm). O segundo bebê a nascer era na sua maioria do sexo feminino (56,7%), e 43,3% era do sexo masculino. Estes pesavam ligeiramente menos que o primeiro bebê, 2194,30 gramas (variando entre as 915 e as 2780 gramas) e mediam, igualmente, um pouco menos, com 43,95 cm (variando entre os 32 e os 50 cm).

A maioria da nossa amostra é constituída por bebês pré-termo, o que é muito frequente nas gravidezes gemelares. Isso explica o baixo peso à nascença, sendo que um bebê que pesa entre os 2,5kg e 1,5kg tem um peso moderadamente baixo á nascença (61,7% da totalidade dos bebês da nossa amostra), com menos de 1,5kg é um peso muito baixo á nascença (10% da totalidade dos bebês da nossa amostra). O peso normal é entre os 2,5kg e os 4kg (26,7% da totalidade dos bebês da nossa amostra).

O mesmo se estende ao número de internamentos, onde metade dos bebês (50% dos primeiros bebês, 46,7% dos segundos bebês) ficaram internados devido à sua prematuridade, e às complicações que esta trás consigo, tais como: baixo peso à nascença, inexistência do reflexo de sucção, entre outras razões. Em relação a tratamentos médicos à nascença, a grande maioria não necessitou (80% dos primeiros bebês e 70% dos segundos bebês), dos que necessitaram, salienta-se a intubação endotraqueal.

Na área do aleitamento, tanto o primeiro bebê como o segundo bebê foram amamentados da mesma forma, 76,7% foi amamentado com alimentação mista (tanto amamentação de leite materno como leite artificial), 13,3% foi alimentado exclusivamente de forma artificial e 10% foi amamentado exclusivamente pela progenitora. O mesmo se repete na questão de quem toma conta do bebê, o primeiro bebê e o segundo têm as mesmas percentagens, 43,3% encontra-se na creche, 40% encontra-se aos cuidados da mãe, 10% encontra-se aos cuidados dos avós e apenas 6,7% está com a ama.

4. Resultados

Foi realizada a testagem das hipóteses específicas enunciadas no capítulo anterior. Os resultados que serão apresentados resultam de análise estatística dos dados obtidos a partir das 30 participantes no estudo, através de regressões lineares operadas com o programa SPSS 20.0.

Ao analisar a presença de multicolinearidade, foram encontradas algumas variáveis que infringiam os valores de Tolerância ($< .1$) e de VIF (> 10.0), pelo que foram eliminadas. Estas variáveis são: estatuto laboral da mãe (Tol: .089 / VIF: 11.234), a idade do pai (Tol: .072 / VIF: 13.878), estatuto conjugal do pai (Tol: .052 / VIF: 19.102), estatuto laboral do pai (Tol: .053 / VIF: 18.911), desejo da gravidez (Tol: .037 / VIF: 26.978), tipo de instrumentos utilizados no parto (Tol: .059 / VIF: 16.983), comprimento à nascença do primeiro bebé (Tol: .098 / VIF: 10.157), existência de tratamentos médicos à nascença para o primeiro bebé (Tol: .032 / VIF: 30.777), existência de internamentos para o primeiro bebé (Tol: .100 / VIF: 10.049) e para o segundo bebé (Tol: .095 / VIF: 10.476) e quem toma conta do primeiro bebé (Tol: .018 / VIF: 55.134) e do segundo bebé (Tol: .067 / VIF: 15.011).

Devido ao fato de querermos articular as análises relativas aos dois bebés, foi decidido que, para a testagem das várias hipóteses, as variáveis independentes seriam as mesmas. Uma vez que as variáveis comprimento à nascença do primeiro bebé e ocorrência de tratamentos médicos à nascença para o primeiro bebé terem sido retiradas devido a multicolinearidade, as variáveis comprimento à nascença do segundo bebé e ocorrência de tratamentos médicos à nascença para o segundo bebé tão foram retiradas.

Eliminaram-se as seguintes variáveis por se encontrarem incompletas e, desse modo, reduzirem, significativamente, o número de sujeitos em análise: índice de Apgar do(a) bebé ao 1º minuto, índice de Apgar do(a) bebé ao 5º minuto e índice de Apgar do(a) bebé ao 10º minuto. A data de nascimento dos bebés foi eliminada por servir apenas para o cálculo da idade cronológica.

Em seguida, foi realizado o estudo do ajustamento à distribuição normal de todas as variáveis métricas a incluir nos vários modelos da regressão linear. Observou-se que a distribuição das variáveis: idade materna, meses dos bebés, peso à nascença do primeiro e do segundo bebés, a variável “fussy/difficult” do primeiro e do segundo bebés, a variável “unadaptable” do primeiro bebé, a variável “dull” do primeiro e do

segundo bebés, a variável “unpredictable” do primeiro e do segundo bebé, a variável “Bonding Not Clear” do primeiro e do segundo bebés, a variável “Pontuação Total da Escala de Bonding” do segundo bebé, a variável “Diferença da Variável “fussy/difficult”, a variável “Diferença da Variável “unadaptable” e a variável “Diferença no Traço Calmo/Excitado”, não se afastavam da distribuição normal. Em relação a todas as outras distribuições, inspeccionaram-se os gráficos Q-Q Plot e concluiu-se que as suas distribuições não se afastavam dos parâmetros esperados, pelo que foi possível prosseguir com a análise de regressão.

Uma vez que algumas variáveis eram categoriais, procedeu-se à sua codificação em 0 e 1.

A ordem de entrada das variáveis para a análise de regressão fez-se por agrupamento das mesmas em cinco modelos. O Modelo 1 engloba as características sociodemográficas maternas e paternas, sendo constituído pelas variáveis: idade da mãe, número de anos de escolaridade com sucesso da mãe, número de anos de escolaridade com sucesso do pai dos gémeos e estatuto conjugal da mãe. O Modelo 2 engloba as variáveis anteriores e as características familiares, sendo constituído pelas variáveis: existência de gémeos na família da mãe, existência de irmãos da mãe, disponibilidade diária da mãe (em horas) para estar com os filhos e disponibilidade diária do pai (em horas) para estar com os filhos. O Modelo 3 engloba as variáveis anteriores e as características clínicas e obstétricas da mãe (gravidez foi planeada, tipo de parto e número de semanas de gestação ao nascimento). O Modelo 4 engloba todas as variáveis anteriores e as características do bebé (idade cronológica, peso do bebé à nascença, género do bebé e tipo de amamentação); o Modelo varia conforme se trata do primeiro bebé, do segundo bebé ou de ambos. No Modelo 5, as variáveis a introduzir variam de acordo com as hipóteses específicas em causa: a) na primeira hipótese, as variáveis a introduzir são as do temperamento do bebé; b) na segunda hipótese, as variáveis a introduzir são as da percepção materna do bebé (Entrevista R - Positividade dos Traços Pessoais, Dimensão Intervalar) e c) na terceira hipótese, as variáveis a introduzir são as diferenças entre as percepções maternas do temperamento de cada bebé.

4.1. Teste das Hipóteses

Os esquemas que se seguem esclarecem o procedimento em causa que foi efetuado para cada uma das hipóteses específicas e para cada um dos bebés. Começamos com a primeira hipótese para o primeiro bebé e para o segundo bebé.

Primeira hipótese para o primeiro bebé

1º Passo	2º Passo	3º Passo	4º Passo	5º Passo
Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas	Variáveis sobre as características familiares	Variáveis clínicas e obstétricas da mãe	Variáveis do primeiro bebé	Subescalas do QCB do primeiro bebé

Primeira hipótese para o segundo bebé

1º Passo	2º Passo	3º Passo	4º Passo	5º Passo
Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas	Variáveis sobre as características familiares	Variáveis clínicas e obstétricas da mãe	Variáveis do segundo bebé	Subescalas do QCB do segundo bebé

No que diz respeito à segunda hipótese, em primeiro lugar utilizamos no Modelo 5 como variável independente a Positividade dos Traços, e num segundo momento, a Dimensão Intervalar. Como é possível observar nos seguintes esquemas.

Segunda hipótese para o primeiro bebé

1º Passo	2º Passo	3º Passo	4º Passo	5º Passo
Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas	Variáveis sobre as características familiares	Variáveis clínicas e obstétricas da mãe	Variáveis do primeiro bebé	Positividade dos Traços ou Dimensão Intervalar do primeiro bebé

Segunda hipótese para o segundo bebé

1º Passo	2º Passo	3º Passo	4º Passo	5º Passo
Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas	Variáveis sobre as características familiares	Variáveis clínicas e obstétricas da mãe	Variáveis do segundo bebé	Positividade dos Traços ou Dimensão Intervalar do segundo bebé

E, por último, na terceira hipótese, são introduzidas as variáveis de ambos os bebés no 4 Modelo, como é possível observar no seguinte esquema.

Terceira hipótese para ambos os bebês

1º Passo	2º Passo	3º Passo	4º Passo	5º Passo
Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas	Variáveis sobre as características familiares	Variáveis clínicas e obstétricas da mãe	Variáveis do primeiro e do segundo bebê	Diferença entre as Subescalas do QCB dos dois bebês

4.1.1. Testagem da Hipótese 1 para o primeiro bebê

4.1.1.1. Testagem da Hipótese 1 para o primeiro bebê, usando como variável dependente a dimensão Positividade dos Traços Pessoais da Entrevista R

Primeiramente, foi utilizada como variável dependente a dimensão Positividade dos Traços Pessoais da Entrevista R, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta. Foram utilizados os 16 traços que a Entrevista R propõe. Apenas vamos apresentar análises onde as subescalas do temperamento contribuíram para o aumento da explicação da variável dependente.

Tabela 3 – Análise de Regressão relativa à HE1 para o primeiro bebê ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.263	.069	-.080	2.49110	.069	.464	4	25	.761
2	.505	.255	-.029	2.43230	.185	1.306	4	21	.300
3	.571	.327	-.085	2.49708	.072	.641	3	18	.598
4	.669	.447	-.145	2.56486	.121	.765	4	14	.565
5	.881	.777	.352	1.92932	.329	3.686	4	10	.043

^a VD: Positividade do Traço Ativo/Inativo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebê; M5 – Subescalas do QCB do primeiro bebê.

Verificamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 77,7% da variância estatística da percepção do Traço Ativo/Inativo. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – Subescalas do QCB do primeiro bebê (Acréscimo de $R^2 = .329$, $p = .043$). Passamos agora à análise em que a variável dependente é a Positividade do Traço Empreendedor/Inibido.

Tabela 4 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o primeiro bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.364	.132	-.006	2.75470	.132	.954	4	25	.450
2	.566	.320	.061	2.66101	.188	1.448	4	21	.253
3	.597	.357	-.036	2.79506	.037	.345	3	18	.793
4	.637	.406	-.230	3.04582	.049	.290	4	14	.880
5	.910	.829	.503	1.93495	.423	6.172	4	10	.009

^a VD: Positividade do Traço Empreendedor/Inibido; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Subescalas do QCB do primeiro bebé.

Em seguida, verificamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 82,9% da variância estatística da percepção do Traço Empreendedor/Inibido. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – Subescalas do QCB do primeiro bebé (Acréscimo de $R^2 = .423$, $p = .009$). Passamos agora à análise em que a variável dependente é a Positividade do Traço Preocupado/Despreocupado.

Tabela 5 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o primeiro bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.365	.133	-.005	2.67761	.133	.961	4	25	.446
2	.389	.151	-.172	2.89123	.018	.111	4	21	.977
3	.481	.232	-.238	2.97109	.081	.629	3	18	.606
4	.553	.305	-.439	3.20315	.074	.372	4	14	.825
5	.905	.820	.477	1.93167	.514	7.124	4	10	.006

^a VD: Positividade do Traço Preocupado/Despreocupado; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Subescalas do QCB do primeiro bebé.

Averiguamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 82% da variância estatística da percepção do Traço Preocupado/Despreocupado. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – Subescalas do QCB do primeiro bebé (Acréscimo de $R^2 = .514$, $p = .006$).

No que diz respeito aos restantes Traços, apenas foi possível encontrar contributos de outros Modelos que não o 5, relativamente às seguintes variáveis dependentes: Traço Calmo/Excitado, contributo interessante do Modelo 4 ($p = .066$); Traço Agressivo/Passivo, contributo significativo dos Modelo 3 ($p = .041$) e Modelo 4 ($p = .057$); Traço Introverso/Social, contributo interessante do Modelo 4 ($p = .078$);

Traço Alegre/Triste, contributo interessante do Modelo 2 ($p = .094$); Traço Difícil/Fácil, contributo significativo do Modelo 2 ($p = .037$); Traço Bonito/Feio, contributo interessante do Modelo 4 ($p = .077$) e Traço Recetivo/Pouco Recetivo, contributo quase significativo do Modelo 1 ($p = .066$).

4.1.1.2. Testagem da Hipótese 1 para o primeiro bebê, usando como variável dependente a Dimensão Intervalar da Entrevista R

Em segundo lugar, foi utilizada como variável dependente a Dimensão Intervalar da Entrevista R, de forma a verificar a capacidade explicativa das outras variáveis sobre esta. Os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 6 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o primeiro bebê ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.285	.081	-.066	.37697	.081	.552	4	25	.699
2	.722	.522	.340	.29667	.441	4.841	4	21	.006
3	.764	.583	.329	.29914	.061	.885	3	18	.468
4	.844	.713	.406	.28147	.130	1.583	4	14	.233
5	.907	.822	.484	.26221	.109	1.533	4	10	.265

^a VD: Dimensão Intervalar; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebê; M5 – Subescalas do QCB do primeiro bebê.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 82,2% da variância estatística da variável Dimensão Intervalar. No entanto, o quinto modelo não consegue fazer aumentar de forma significativa a percentagem da variância explicada da variável dependente. É interessante notar que o Modelo 2 – Características Familiares consegue elevar a percentagem de variância em causa de forma significativa ($p = .006$).

4.1.2. Testagem da Hipótese 1 para o segundo bebê

4.1.2.1. Testagem da Hipótese 1 para o segundo bebê, usando como variável dependente a dimensão Positividade dos Traços Pessoais da Entrevista R

Em seguida, foi realizada a mesma análise para o segundo bebê. Utilizando como variável dependente a dimensão Positividade dos Traços Pessoais da Entrevista R, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta. Foram utilizados os 16

traços que a Entrevista R propõe. Apenas vamos apresentar análises onde as subescalas do temperamento contribuíram para o aumento da explicação da variável dependente.

Tabela 7- Análise de Regressão relativa à HE1 para o segundo bebê ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscim o R ²	Mudanç a de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.209	.044	-.109	2.812	.044	.286	4	25	.884
2	.619	.383	.148	2.464	.339	2.885	4	21	.048
3	.664	.440	.098	2.535	.057	.616	3	18	.614
4	.733	.537	.041	2.614	.097	.731	4	14	.586
5	.911	.829	.505	1.879	.292	4.275	4	10	.028

^a VD: Positividade do Traço Difícil/Fácil; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebê; M5 – Subescalas do QCB do primeiro bebê

Verificamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 82,9% da variância estatística da variável Positividade do Traço Difícil/Fácil. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 2 – Características Familiares ($p = .048$), e do Modelo 5 – Subescalas do QCB do segundo bebê (Acréscimo de $R^2 = .292$, $p = .028$). Passamos agora à análise em que a variável dependente é a Positividade do Traço Independente/Dependente.

Tabela 8 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o segundo bebê ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudanç a de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.387	.150	.014	3.382	.150	1.101	4	25	.378
2	.641	.411	.187	3.071	.261	2.329	4	21	.090
3	.676	.456	.124	3.187	.045	.501	3	18	.686
4	.769	.591	.152	3.136	.134	1.148	4	14	.375
5	.899	.809	.445	2.536	.218	2.851	4	10	.082

^a VD: Positividade do Traço Independente/Dependente; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebê; M5 – Subescalas do QCB do primeiro bebê

Em seguida, averiguamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 80,9% da variância estatística da variável Positividade do Traço Independente/Dependente. Para esta capacidade explicativa, é quase significativo o

contributo do Modelo 2 – Características Familiares ($p = .090$), e do Modelo 5 – Subescalas do QCB do segundo bebê (Acréscimo de $R^2 = .218$, $p = .082$).

No que diz respeito aos restantes Traços, apenas foi possível encontrar contributos de outros Modelos que não o 5, relativamente às seguintes variáveis dependentes: Traço Não Inteligente/Inteligente, contributo significativo do Modelo 4 ($p = .005$); Traço Recetivo/Pouco Recetivo, contributo quase significativo dos Modelos 3 ($p = .086$) e do Modelo 4 ($p = .081$) e o Traço Afetuoso/Pouco Afetuoso, contributo significativo do Modelo 3 ($p = .028$).

4.1.2.2. Testagem da Hipótese 1 para o segundo bebê, usando como variável dependente a Dimensão Intervalar da Entrevista R

Secundariamente, foi utilizada como variável dependente a variável Dimensão Intervalar da Entrevista R, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta. Os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 9 - Análise de Regressão relativa à HE1 para o segundo bebê ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscim o R ²	Mudanç a de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.630	.397	.301	.53492	.397	4.118	4	25	.011
2	.747	.558	.390	.49978	.161	1.910	4	21	.146
3	.784	.614	.378	.50452	.056	.869	3	18	.475
4	.813	.660	.297	.53648	.047	.480	4	14	.750
5	.885	.783	.370	.50786	.122	1.406	4	10	.301

^a VD: Dimensão Intervalar; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebê; M5 – Subescalas do QCB do primeiro bebê

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 78,3% da variância estatística da variável Dimensão Intervalar. No entanto, o quinto modelo não consegue fazer aumentar de forma significativa a percentagem da variância explicada da variável dependente. É interessante notar que o Modelo 1 – Características Sociodemográficas Maternas e Paternas consegue elevar a percentagem de variância em causa de forma significativa ($p = .011$).

4.1.3. Testagem da Hipótese 2 para o primeiro bebê

4.1.3.1. Testagem da Hipótese 2 para o primeiro bebê, usando como variável dependente a Pontuação Total da Escala de Ligação Mãe-Bebé

Primeiramente, foi utilizada como variável dependente a variável Pontuação Total da Escala de Ligação Mãe-Bebé, de forma a verificar a capacidade explicativa das variáveis independentes sobre esta. Nas variáveis independentes temos os 16 traços que a Entrevista R propõe, tendo sido inserido um Traço de cada vez em cada análise, (devido à ocorrência de multicolinearidade). No entanto, verificamos que os cinco passos da nossa análise executados com cada um dos 16 traços de cada vez não conseguem explicar a variância estatística da dimensão Pontuação Total da Escala de Ligação Mãe-Bebé. As tabelas respectivas podem ser consultadas em anexo.

Noutra análise, no quinto modelo foi introduzida a variável Dimensão Intervalar, de forma a testar a sua capacidade explicativa face à variável dependente Pontuação Total da Escala de Ligação Mãe-Bebé. Apuramos que os cinco passos da nossa análise não conseguem explicar a variância estatística em causa. As tabelas respectivas podem ser consultadas em anexo.

4.1.3.2. Testagem da Hipótese 2 para o primeiro bebê, usando como variável dependente a subescala de Bonding Positivo da Escala de Ligação Mãe-Bebé

Num segundo momento, foi utilizada como variável dependente a subescala de Bonding Positivo da Escala de Ligação Mãe-Bebé, de forma a verificar a capacidade explicativa das variáveis independentes sobre esta. Nas variáveis independentes temos os 16 traços que a Entrevista R propõe, tendo sido inserido um Traço de cada vez em cada análise, (devido à ocorrência de multicolinearidade). Apenas vamos apresentar os Traços que exerceram influência na variância na subescala de Bonding Positivo, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 10 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o primeiro bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudanç a de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.312	.097	-.047	1.039	.097	.672	4	25	.617
2	.547	.299	.032	.999	.202	1.510	4	21	.235
3	.551	.304	-.121	1.075	.005	.045	3	18	.987
4	.719	.517	-.002	1.016	.212	1.538	4	14	.245
5	.789	.623	.159	.931	.106	3.664	1	13	.078

^a VD: Subescala de Bonding Positivo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Traço Alegre/Triste

Averiguamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 62,3% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Positivo. Para esta capacidade explicativa, é interessante o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Alegre/Triste (Acréscimo de $R^2 = 3.664$, $p = .078$). Passamos agora à análise em que a variável independente é a Positividade do Traço Vivo/Pouco Vivo.

Tabela 11 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o primeiro bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudanç a de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.312	.097	-.047	1.039	.097	.672	4	25	.617
2	.547	.299	.032	.999	.202	1.510	4	21	.235
3	.551	.304	-.121	1.075	.005	.045	3	18	.987
4	.719	.517	-.002	1.016	.212	1.538	4	14	.245
5	.831	.691	.311	.842	.175	7.361	1	13	.018

^a VD: Subescala de Bonding Positivo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Vivo/Pouco Vivo.

Averiguamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 69,1% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Positivo. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Vivo/Pouco Vivo (Acréscimo $R^2 = .175$, $p = .018$).

Noutra análise, no quinto modelo foi introduzida a variável Dimensão Intervalar, de forma a testar a sua capacidade explicativa face à variável dependente Bonding Positivo da Escala de Ligação Mãe-Bebé. Apurámos que os cinco passos da nossa

análise não conseguem explicar a variância estatística em causa. As tabelas respetivas podem ser consultadas em anexo.

4.1.3.3. Testagem da Hipótese 2 para o primeiro bebé, usando como variável dependente a subescala de Bonding Negativo da Escala de Ligação Mãe-Bebé

Num terceiro momento, foi utilizada como variável dependente a subescala de Bonding Negativo da Escala de Ligação Mãe-Bebé, de forma a verificar a capacidade explicativa das variáveis independentes sobre esta. Nas variáveis independentes temos os 16 traços que a Entrevista R propõe, tendo sido inserido um Traço de cada vez em cada análise, (devido à ocorrência de multicolinearidade). Apenas vamos apresentar os Traços que exerceram influência na variância na subescala de Bonding Negativo, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 12 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o primeiro bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.336	.113	-.029	.738	.113	.797	4	25	.538
2	.586	.344	.094	.693	.231	1.845	4	21	.158
3	.602	.362	-.028	.738	.018	.172	3	18	.914
4	.717	.514	-.008	.731	.152	1.090	4	14	.399
5	.830	.688	.304	.607	.175	7.278	1	13	.018

^a VD: Subescala de Bonding Negativo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Agressivo/Pacífico.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 68,8% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Negativo. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – Positividade do Agressivo/Pacífico (Acréscimo de $R^2 = .175$, $p = .018$). Passamos agora à análise em que a variável independente é a Positividade do Traço Difícil/Fácil.

Tabela 13 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o primeiro bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudanç a de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.336	.113	-.029	.738	.113	.797	4	25	.538
2	.586	.344	.094	.693	.231	1.845	4	21	.158
3	.602	.362	-.028	.738	.018	.172	3	18	.914
4	.717	.514	-.008	.731	.152	1.090	4	14	.399
5	.788	.621	.155	.669	.107	3.686	1	13	.077

^a VD: Subescala de Bonding Negativo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Difícil/Fácil.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 62,1% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Negativo. Para esta capacidade explicativa, é quase significativo o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Difícil/Fácil (Acréscimo de $R^2 = .107$, $p = .077$).

Em outra análise, foi usada como variável dependente a variável Bonding Negativo da Escala de Ligação Mãe-Bebé, de forma a verificar a influência da variável Dimensão Intervalar. Apuramos que os cinco passos da nossa análise não conseguem explicar a variância estatística da variável Bonding Negativo da Escala de Ligação Mãe-Bebé.

4.1.3.4. Testagem da Hipótese 2 para o primeiro bebé, usando como variável dependente a subescala de Bonding Not Clear da Escala de Ligação Mãe-Bebé

Por último, foi utilizada como variável dependente a variável Bonding Not Clear da Escala de Ligação Mãe-Bebé, de forma a verificar a capacidade explicativa das variáveis independentes sobre esta. Nas variáveis independentes temos os 16 traços que a Entrevista R propõe, tendo sido inserido um Traço de cada vez em cada análise, (devido à ocorrência de multicolinearidade). No entanto, verificámos que os cinco passos da nossa análise executados com cada um dos 16 traços de cada vez não conseguem explicar a variância estatística da dimensão Bonding Not Clear da Escala de Ligação Mãe-Bebé. As tabelas respetivas podem ser consultadas em anexo.

Noutra análise, no quinto modelo foi introduzida a variável Dimensão Intervalar, de forma a testar a sua capacidade explicativa face à variável dependente Bonding Not Clear da Escala de Ligação Mãe-Bebé. Apurámos que os cinco passos da nossa análise

não conseguem explicar a variância estatística em causa. As tabelas respetivas podem ser consultadas em anexo.

4.1.4. Testagem da Hipótese 2 para o segundo bebé

4.1.4.1. Testagem da Hipótese 2 para o segundo bebé, usando como variável dependente a Pontuação Total da Escala de Ligação Mãe-Bebé

Primeiramente, foi utilizada como variável dependente a variável Pontuação Total da Escala de Ligação Mãe-Bebé, de forma a verificar a capacidade explicativa das variáveis independentes sobre esta. Nas variáveis independentes temos os 16 traços que a Entrevista R propõe, tendo sido inserido um Traço de cada vez em cada análise, (devido à ocorrência de multicolinearidade). No entanto, verificámos que os cinco passos da nossa análise executados com cada um dos 16 traços de cada vez não conseguem explicar a variância estatística da dimensão Pontuação Total da Escala de Ligação Mãe-Bebé. As tabelas respetivas podem ser consultadas em anexo.

Noutra análise, no quinto modelo foi introduzida a variável Dimensão Intervalar, de forma a testar a sua capacidade explicativa face à variável dependente Pontuação Total da Escala de Ligação Mãe-Bebé. Apurámos que os cinco passos da nossa análise não conseguem explicar a variância estatística em causa. As tabelas respetivas podem ser consultadas em anexo.

4.1.4.2. Testagem da Hipótese 2 para o segundo bebé, usando como variável dependente a Subescala de Bonding Positivo da Escala de Ligação Mãe-Bebé

Num segundo momento, foi utilizada como variável dependente a variável Bonding Positivo da Escala de Ligação Mãe-Bebé, de forma a verificar a capacidade explicativa das variáveis independentes sobre esta. Nas variáveis independentes temos os 16 traços que a Entrevista R propõe, tendo sido inserido um Traço de cada vez em cada análise, (devido à ocorrência de multicolinearidade). Apenas vamos apresentar os Traços que exerceram influência na variância na subescala de Bonding Positivo, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 14 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudanç a de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.229	.052	-.099	1.180	.052	.345	4	25	.845
2	.439	.193	-.114	1.188	.141	.916	4	21	.473
3	.447	.200	-.289	1.277	.007	.054	3	18	.983
4	.658	.433	-.175	1.220	.232	1.434	4	14	.274
5	.778	.605	.118	1.056	.172	5.663	1	13	.033

^a VD: Subescala de Bonding Positivo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Difícil/Fácil.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 60,5% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Positivo. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Difícil/Fácil (Acréscimo de $R^2 = .172$, $p = .033$). Passamos agora à análise em que a variável independente é a Positividade do Traço Recetivo/Pouco Recetivo.

Tabela 15 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.229	.052	-.099	1.180	.052	.345	4	25	.845
2	.439	.193	-.114	1.188	.141	.916	4	21	.473
3	.447	.200	-.289	1.277	.007	.054	3	18	.983
4	.658	.433	-.175	1.220	.232	1.434	4	14	.274
5	.825	.681	.289	.949	.248	10.126	1	13	.007

^a VD: Subescala de Bonding Positivo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Recetivo/Pouco Recetivo.

Verificamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 68,1% da variância estatística da Subescala de Bonding Positivo. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Recetivo/Pouco Recetivo (Acréscimo de $R^2 = .248$, $p = .007$). Passamos agora à análise em que a variável independente é a Positividade do Traço Vivo/Pouco Vivo.

Tabela 16 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebê ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.229	.052	-.099	1.180	.052	.345	4	25	.845
2	.439	.193	-.114	1.188	.141	.916	4	21	.473
3	.447	.200	-.289	1.277	.007	.054	3	18	.983
4	.658	.433	-.175	1.220	.232	1.434	4	14	.274
5	.797	.635	.186	1.015	.203	7.218	1	13	.019

^a VD: Subescala de Bonding Positivo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebê; M5 – Positividade do Vivo/Pouco Vivo.

Verificamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 63,5% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Positivo. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Vivo/Pouco Vivo (Acréscimo $R^2 = .203$, $p = .019$). Passamos agora à análise em que a variável independente é a Positividade do Traço Preocupado/Despreocupado.

Tabela 17- Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebê ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.229	.052	-.099	1.180	.052	.345	4	25	.845
2	.439	.193	-.114	1.188	.141	.916	4	21	.473
3	.447	.200	-.289	1.277	.007	.054	3	18	.983
4	.658	.433	-.175	1.220	.232	1.434	4	14	.274
5	.747	.558	.015	1.117	.126	3.699	1	13	.077

^a VD: Subescala de Bonding Positivo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebê; M5 – Positividade do Preocupado/Despreocupado.

Averiguamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 55,8% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Positivo. Para esta capacidade explicativa, é interessante o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Preocupado/Despreocupado (Acréscimo de $R^2 = .126$, $p = .077$). Passamos agora à análise em que a variável independente é a Positividade do Traço Afetuoso/Pouco Afetuoso.

Tabela 18 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.229	.052	-.099	1.180	.052	.345	4	25	.845
2	.439	.193	-.114	1.188	.141	.916	4	21	.473
3	.447	.200	-.289	1.277	.007	.054	3	18	.983
4	.658	.433	-.175	1.220	.232	1.434	4	14	.274
5	.756	.572	.046	1.099	.140	4.242	1	13	.060

^a VD: Subescala de Bonding Positivo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Afetuoso/Pouco Afetuoso.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 57,2% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Positivo. Para esta capacidade explicativa, é quase significativo o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Afetuoso/Pouco Afetuoso (Acréscimo $R^2 = .140$, $p = .060$).

Noutra análise, no quinto modelo foi introduzida a variável Dimensão Intervalar, de forma a testar a sua capacidade explicativa face à variável dependente Bonding Positivo da Escala de Ligação Mãe-Bebé. Apurámos que os cinco passos da nossa análise não conseguem explicar a variância estatística em causa. As tabelas respetivas podem ser consultadas em anexo.

4.1.4.3. Testagem da Hipótese 2 para o segundo bebé, usando como variável dependente a Subescala de Bonding Negativo da Escala de Ligação Mãe-Bebé

Num terceiro momento, foi utilizada como variável dependente a variável Bonding Negativo da Escala de Ligação Mãe-Bebé, de forma a verificar a capacidade explicativa das variáveis independentes sobre esta. Nas variáveis independentes temos os 16 traços que a Entrevista R propõe, tendo sido inserido um Traço de cada vez em cada análise, (devido à ocorrência de multicolinearidade). Apenas vamos apresentar os Traços que exerceram influência na variância na subescala de Bonding Negativo, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 19 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.418	.175	.043	.708	.175	1.322	4	25	.289
2	.603	.363	.121	.679	.189	1.555	4	21	.223
3	.618	.382	.005	.722	.019	.186	3	18	.905
4	.754	.568	.105	.685	.186	1.503	4	14	.255
5	.831	.690	.310	.602	.123	5.151	1	13	.041

^a VD: Subescala de Bonding Negativo; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Afetuoso/Pouco Afetuoso.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 69% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Negativo. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Afetuoso/Pouco Afetuoso (Acréscimo de $R^2 = .123$, $p = .041$).

Noutra análise, no quinto modelo foi introduzida a variável Dimensão Intervalar, de forma a testar a sua capacidade explicativa face à variável dependente Bonding Negativo da Escala de Ligação Mãe-Bebé. Apurámos que os cinco passos da nossa análise não conseguem explicar a variância estatística em causa. As tabelas respetivas podem ser consultadas em anexo.

4.1.4.4. Testagem da Hipótese 2 para o segundo bebé, usando como variável dependente a Subescala de Bonding Not Clear da Escala de Ligação Mãe-Bebé

Em seguida, foi utilizada como variável dependente a variável Bonding Not Clear da Escala de Ligação Mãe-Bebé, de forma a verificar a capacidade explicativa das variáveis independentes sobre esta. Nas variáveis independentes temos os 16 traços que a Entrevista R propõe, tendo sido inserido um Traço de cada vez em cada análise, (devido à ocorrência de multicolinearidade). Apenas vamos apresentar os Traços que exerceram influência na variância na subescala de Bonding Not Clear, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 20 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscim o R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.368	.135	-.003	1.805	.135	.979	4	25	.437
2	.436	.190	-.118	1.906	.055	.354	4	21	.838
3	.477	.228	-.244	2.010	.038	.293	3	18	.830
4	.554	.307	-.436	2.159	.079	.399	4	14	.806
5	.675	.455	-.215	1.986	.148	3.543	1	13	.082

^a VD: Subescala de Bonding Not Clear; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Calmo/Excitado.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 45,5% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Not Clear. Para esta capacidade explicativa, é quase significativo o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Calmo/Excitado (Acréscimo $R^2 = .148$, $p = .082$). Passamos agora à análise em que a variável independente é a Positividade do Traço Não Inteligente/Inteligente.

Tabela 21 - Análise de Regressão relativa à HE2 para o segundo bebé ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.368	.135	-.003	1.805	.135	.979	4	25	.437
2	.436	.190	-.118	1.906	.055	.354	4	21	.838
3	.477	.228	-.244	2.010	.038	.293	3	18	.830
4	.554	.307	-.436	2.159	.079	.399	4	14	.806
5	.679	.460	-.204	1.977	.154	3.701	1	13	.077

^a VD: Subescala de Bonding Not Clear; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Positividade do Não Inteligente/Inteligente.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 46% da variância estatística da variável Subescala de Bonding Not Clear. Para esta capacidade explicativa, é interessante o contributo do Modelo 5 – Positividade do Traço Não Inteligente/Inteligente (Acréscimo $R^2 = .154$, $p = .077$).

Noutra análise, no quinto modelo foi introduzida a variável Dimensão Intervalar, de forma a testar a sua capacidade explicativa face à variável dependente Bonding Not Clear da Escala de Ligação Mãe-Bebé. Apurámos que os cinco passos da nossa análise

não conseguem explicar a variância estatística em causa. As tabelas respetivas podem ser consultadas em anexo.

4.1.5. Testagem da Hipótese 3

4.1.5.1. Testagem da Hipótese 3 para ambos os bebés, usando como variável dependente a diferença na Positividade dos Traços da Entrevista R

Primeiramente, foi utilizada como variável dependente a variável diferença na Positividade dos Traços da Entrevista R, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta. Os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 22 - Análise de Regressão relativa à HE3 para os dois bebés ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudança de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.248	.062	-.089	.31836	.062	.410	4	25	.800
2	.541	.293	.023	.30159	.231	1.715	4	21	.184
3	.661	.437	.093	.29065	.144	1.537	3	18	.239
4	.913	.833	.596	.19394	.396	4.738	6	12	.011
5	.947	.896	.625	.18695	.064	1.228	4	8	.372

^a VD: Diferença na Positividade do Traço Bonito/Feio; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebé; M5 – Diferença nas Subescalas de Temperamento.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 89,6% da variância estatística da variável Diferença na Positividade do Traço Bonito/Feio. No entanto, o quinto modelo não consegue fazer aumentar de forma significativa a percentagem da variância explicada da variável dependente. É interessante notar que o Modelo 4 – Variáveis dos Bebés consegue elevar a percentagem de variância em causa de forma significativa ($p = .011$).

As restantes análises regressivas não explicam a variância estatística da variável Diferença na Positividade do Traço, avaliados através da Entrevista R. No entanto é possível encontrar os seus resultados nos anexos.

4.1.5.2. Testagem da Hipótese 3 para ambos os bebês, usando como variável dependente a diferença na Dimensão Intervalar

Em seguida, foi utilizada como variável dependente a variável diferença na Dimensão Intervalar da Entrevista R, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta. Os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 23 - Análise de Regressão relativa à HE3 para os dois bebês ^a

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo R ²	Mudanç a de F	gl 1	gl 2	Sig. Mud. F
1	.691	.477	.394	.42898	.477	5.705	4	25	.002
2	.749	.561	.393	.42910	.083	.996	4	21	.431
3	.793	.628	.401	.42634	.068	1.091	3	18	.378
4	.831	.690	.308	.45813	.062	.518	5	13	.759
5	.922	.850	.518	.38237	.161	2.416	4	9	.125

^a VD: Diferença na Dimensão Intervalar; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis sobre as características familiares; M3 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M4 – Variáveis do primeiro bebê; M5 – Diferença nas Subescalas de Temperamento.

Apuramos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 85% da variância estatística da variável Diferença na Dimensão Intervalar. No entanto, o quinto modelo não consegue fazer aumentar de forma significativa a percentagem da variância explicada da variável dependente. É interessante notar que o Modelo 1 – Características Sociodemográficas maternas e paternas consegue elevar a percentagem de variância em causa de forma significativa ($p = .002$).

5. Discussão dos Resultados e Conclusão

Tendo em conta tudo aquilo que foi exposto, podemos afirmar que a nossa primeira hipótese foi parcialmente confirmada e a nossa segunda e terceira hipóteses não foram confirmadas. No entanto, observamos algumas contribuições estatísticas significativas e outras interessantes que devem ser mencionadas e discutidas.

Hipótese 1

Tanto para o primeiro bebé como para o segundo bebé, existiram traços cuja variância estatística foi elucidada através da capacidade explicativa do temperamento do bebé. Conseguimos denotar que tal ocorreu em traços distintos. Enquanto para o primeiro bebé, isto se passou para os traços Ativo/Inativo, Empreendedor/Inibido e Preocupado/Despreocupado, para o segundo bebé tal aconteceu em relação aos traços Difícil/Fácil e Independente/Dependente. O que nos leva a crer que as mães de gémeos percecionam os bebés de forma diferente em termos de temperamento e, no seu funcionamento psicológico, isso traduz-se numa representação diferente para cada um dos gémeos (pelo menos no que diz respeito aos traços acima mencionados). Este achado parece concordar com a perspetiva de Allen, Greespan e Pollin (1977 citado por Menzel & Rotnem, 1990), onde as perceções parentais, em caso de nascimentos múltiplos, estão dependentes da perceção do temperamento das crianças.

Os nossos primeiros bebés foram sentidos, na sua grande maioria, como bebés ativos, empreendedores e despreocupados o que é justificável pois estes bebés são percecionados como sendo razoavelmente fáceis de lidar; como tendo uma boa capacidade para se adaptarem e para expressarem afetos positivos. Os segundos bebés foram percecionados como bebés fáceis e relativamente independentes, o que acontece igualmente nas escalas do temperamento, onde são sentidos como bebés razoavelmente fáceis de lidar e como tendo uma boa capacidade para se adaptarem.

Outro dado importante a refletir é a capacidade explicativa dos nossos outros modelos sobre a variância estatística de certos traços, quer para o primeiro bebé quer para o segundo bebé. Por exemplo, foi possível observar que o Modelo 4 (variáveis relativas ao bebé) foi capaz de explicar a variância estatística dos traços Calmo/Excitado, Agressivo/Pacífico, Introvertido/Social e Bonito/Feio para o primeiro bebé. Estes são bebés sentidos, na sua maioria, como sociáveis, pacíficos e

relativamente excitados. Esta ocorrência pode dever-se ao facto de uma ligeira maioria dos nossos primeiros bebés serem do género masculino. E, por norma, os rapazes são bebés percecionados como mais ativos, mais vigorosos, mais extrovertidos (Buss & Plomin, 1975, Rothbart, 1981), mais impulsivos (Gleason *et al.*, 2005 citado por Consentino-Rocha & Linhares, 2013) e de humor mais positivo (Kivijärvi *et al.*, 2005 citado por Consentino-Rocha & Linhares, 2013), quando comparados com as meninas.

No que diz respeito ao Modelo 4, nos segundos bebés, aquele pareceu explicar a variância estatística nos traços Não Inteligente/Inteligente e Recetivo/Pouco Recetivo. Os segundos bebés são sentidos como inteligentes e recetivos. Esta ocorrência pode dever-se ao facto de a ligeira maioria dos nossos segundos bebés serem do género feminino. E, por norma, as raparigas são bebés percecionadas como mais controladas (Buss & Plomin, 1975; Rothbart, 1981) logo estão mais recetivas a sinais transmitidos da parte dos seus progenitores, o que acaba por ser percecionado como indicador de inteligência.

É interessante reparar que, embora para o segundo bebé, a variância estatística do traço Recetivo/Pouco Recetivo usufrua do contributo explicativo do Modelo 4, para o primeiro bebé o contributo explicativo pertence ao Modelo 1. Para o segundo bebé, a variável género, aparentemente, dá um contributo explicativo para a variância do traço Recetivo/Pouco Recetivo. Já no primeiro bebé, as variáveis que parecem dar contributos explicativos são as sociodemográficas maternas e paternas. Por outras palavras, embora a amostra de primeiros bebés seja constituída por mais rapazes, e estes tenham mais dificuldades em manter focada a sua atenção (Consentino-Rocha & Linhares, 2013), o facto é que a nossa amostra de mães é uma amostra instruída e madura em termos de idade, tornando as mães mais capazes de reconhecer os filhos como recetivos e vice-versa.

Temos que ter em atenção que estamos a lidar com perceções parentais e estas podem estar sob a influência de estereótipos de género, fazendo com que os bebés sejam percecionados sob esse prisma.

Outro modelo que demonstrou exercer alguma capacidade de explicação foi o Modelo 2 (características familiares). Este modelo foi capaz de explicar a variância estatística dos traços Alegre/Triste e Difícil/Fácil do primeiro bebé. Estes bebés foram percecionados como bebés alegres e fáceis de lidar. Esta concordância pode ser devido ao facto de a nossa amostra de mães ter, em média, muito tempo disponível para estar com os seus filhos. O que acaba por se refletir numa melhor prestação de cuidados, num

melhor conhecimento das necessidades do bebê e de como atender a estas, o que, por sua vez, pode resultar em bebês mais felizes e mais fáceis.

No que diz respeito ao segundo bebê, o Modelo 2 foi, igualmente, capaz de explicar a variância estatística nos traços Difícil/Fácil e Independente/Dependente. Como já referimos anteriormente, estes bebês foram percebidos como bebês fáceis e relativamente independentes. O mesmo raciocínio lógico pode ser aplicado aqui. As nossas mães, em média, passam bastante tempo com os bebês, o que leva a um melhor entendimento do seu funcionamento. E, como estas mães passam mais tempo com estes bebês, experienciam, em primeira mão, o nível de independência dos seus filhos em relação a elas.

O Modelo 3 (variáveis da gravidez e do parto) contribuiu para a explicação do traço Agressivo/Pacífico do primeiro bebê e dos traços Recetivo/Pouco Recetivo e Afetuoso/Pouco Afetuoso do segundo bebê. Após grande ponderação, chegámos à seguinte linha de pensamento: como todas as gravidezes da nossa amostra foram planeadas e desejadas (todas as mães comentaram terem aceite bem a informação relativa à gemelaridade) estes bebês são, provavelmente, investidos psicologicamente de fantasias e desejos adequados. Mães cujos filhos são desejados e investidos positivamente logo desde a gestação são mães que valorizam mais os filhos, estabelecem melhores ligações, logo reconhecem mais facilmente qualidades positivas nos seus bebês (Broussard, 1971 citado por Povedano, Noto, Pinheiro & Guinsburg, 2011). E, julgamos que é isto o que está a ocorrer nesta situação. Os gémeos da nossa amostra foram desejados por estas mães, o que, por sua vez, faz com que elas valorizem mais facilmente os aspetos positivos referentes a características específicas (pacíficos, recetivos e afetuosos).

Quando passámos à variável Dimensão Intervalar e à capacidade explicativa do Modelo 5 sobre esta, a nossa hipótese não foi confirmada. Conquanto, obtivemos resultados interessantes. Para o primeiro bebê, foi possível observar que o modelo que contribui para explicar a variância estatística da Dimensão Intervalar era o Modelo 2 e para o segundo bebê era o Modelo 1. Ambos os bebês obtiveram, na sua grande maioria, dimensões ricas e positivas, havendo uma diferença diminuta entre o primeiro e o segundo bebê, tendo o primeiro bebê obtido um maior número de adjetivos. Aparentemente, essa ligeira diferença deve-se às variáveis sociodemográficas maternas e paternas.

Para o primeiro bebé, o facto de a mãe ter disponibilidade para estar com ele e o facto de a mãe ter irmãos, ajuda a mãe a ter uma maior capacidade representativa daquele bebé. Primeiro, porque passa muito tempo com os bebés e isso ajuda a distingui-los. Em segundo lugar, o facto de a mãe ter irmãos faz com que esta esteja habituada a lidar com relações familiares horizontais e isso ajuda a criar representações mentais mais ricas sobre os filhos. No caso do segundo bebé, é o facto de a mãe ter uma maior formação na área escolar, ter uma relação estável e ter uma idade mais madura que ajuda a criar o efeito em causa. Tal, leva-nos a especular que, como a nossa amostra é constituída, na sua grande maioria, por mulheres com uma maior formação na área escolar, isso faz com que utilizem recursos mentais mais elaborados e tenham mais facilidade no acesso ao pensamento abstrato e ao imaginário (Zaragoza, 2007). Isto, por sua vez, pode resultar em representações mentais maternas mais ricas. Outro dado a ter em conta é que, na nossa amostra, todas as mães, à exceção de uma, se encontravam em relações de compromisso, quer seja por casamento ou união de facto. O que nos leva a crer que, tal como na investigação de Guerreiro (2001), mães de famílias completas, onde o pai se encontra presente, têm uma maior maleabilidade psíquica e, por consequência, uma maior flexibilidade relativamente à representação dos filhos. Ponderamos, também, que o facto de a nossa amostra ser constituída por mulheres mais maduras em termos de idade, na casa dos 30, possa ser um fator que tenha contribuído para a riqueza das representações mentais.

É interessante reparar que os bebés são tratados como duas entidades distintas, existindo aspetos da mãe que contribuem para explicar como o primeiro é retratado mas não o segundo e vice-versa. E, tal, parece estender-se até à nossa segunda hipótese, onde certos traços do primeiro bebé influenciam a ligação que a mãe estabelece com este, mas não com o segundo, e vice-versa.

Hipótese 2

Como os nossos resultados demonstraram, os traços Alegre/Triste e Vivo/Pouco Vivo dão contributos (um deles significativo e o outro quase significativo) para a explicação da variância da Subescala de Bonding Positivo do primeiro bebé. Os primeiros bebés são sentidos como alegres e vivos e estes fatores ajudam a explicar o Bonding Positivo elevado que foi observado. No segundo bebé, foram os traços Difícil/Fácil, Recetivo/Pouco Recetivo, Vivo/Pouco Vivo, Preocupado/Despreocupado e Afetuoso/Pouco Afetuoso que deram contributos (três significativos e dois quase

significativos) para a explicação da variância da Subescala de Bonding Positivo. Como já foi mencionado, estes bebés são sentidos como sendo fáceis, recetivos, vivos, afetuosos e relativamente despreocupados. Estes fatores ajudam a explicar o Bonding Positivo elevado que foi observado. Podemos concluir que aspetos positivos no bebé influenciam o Bonding Positivo que a mãe estabelece com este.

Na subescala de Bonding Negativo é o fato de os primeiros bebés serem sentidos como pacíficos e fáceis de lidar que ajuda a explicar os resultados baixíssimos do Bonding Negativo relativamente aos primeiros bebés. Nos segundos bebés, é o fato de serem sentidos como afetuosos que ajuda a explicar os resultados baixíssimos do Bonding Negativo relativamente a estes. Podemos concluir que aspetos positivos no bebé influenciam os resultados baixíssimos no Bonding Negativo que a mãe estabelece com este.

Em relação ao Bonding Not Clear, apenas os segundos bebés mostraram traços que contribuíam para explicar a variância estatística desta subescala, sendo estes os traços Calmo/Excitado e Não Inteligente/Inteligente. No entanto, esta conclusão deve ser interpretada com cuidado, pois acreditamos que algumas mães atribuíram ao adjetivo “Possessiva” uma conotação positiva, como algo que elas deveriam ser.

Hipótese 3

Na nossa terceira hipótese, obtivemos uma descoberta interessante. Sendo esta descoberta o fato que a diferença entre as representações mentais de cada um dos gémeos não ser explicada pela diferença entre a perceção do temperamento de cada um dos gémeos, mas sim pelas variáveis sociodemográficas maternas e paternas. Como já foi explicado previamente, o facto de a nossa amostra de mães se encontrar em relações de compromisso, terem um elevado nível de escolaridade e terem uma idade madura, parece ser um conjunto de indicadores relacionados com uma maior capacidade de representação mental. O que, por sua vez, é observável nas representações mentais ricas que as mães têm em relação a cada filho.

Conclusão

Podemos concluir que, embora estatisticamente as nossas hipóteses não tenham sido totalmente comprovadas, conseguimos encontrar algumas evidências relativamente importantes. É possível observar que, aparentemente, as mães de gémeos têm funcionamentos mentais distintos para cada um dos gémeos, sendo estes motivados por

diversas variáveis, quer sejam as do próprio bebé ou maternas. Todas estas variáveis entram em jogo e ajudam a criar representações mentais ricas relativamente a cada um dos gémeos.

Podemos examinar que as ligações que as mães estabelecem com os seus filhos gémeos são relações com muitos aspetos positivos. Talvez, no fundo, motivadas por todos estes traços positivos que as mães são capazes de reconhecer em cada um dos filhos. Estes achados parecem ir a favor da literatura revista, onde a capacidade de as mães distinguirem os filhos ajuda a criarem ligações afetivas positivas.

Limitações e investigações futuras:

Como limitações, podemos salientar o facto de a nossa amostra ser de diminuto tamanho e, devido a este aspeto, todas as elações aqui apuradas devem ser lidas e interpretadas com cuidado. Outro aspeto a ter em conta é o fato de termos uma amostra de mães pouco diversificada, sendo constituída por mães com altos níveis de estudo e de idade madura. Igualmente a ser colocado em causa é a idade dos gémeos da nossa amostra que por esse facto talvez fosse demasiado variada. Mas, devido à dificuldade em encontrar as mães necessárias para realizar a investigação, tivemos de alongar a idade dos bebés. Temos de salientar, igualmente, as condições de recolha da amostra; algumas das recolhas foram realizadas num ambiente ideal, a casa das participantes, enquanto outras foram entrevistadas em locais públicos devido ao seu próprio desejo.

Para futuros estudos, seria interessante aumentar o número da amostra de forma a obter conclusões mais seguras. Seria, igualmente, interessante conjugar e analisar as correlações entre outras variáveis, como por exemplo tecer hipóteses sobre como a ocorrência de dificuldades na gestação, no parto e a ocorrência de internamentos afetam a ligação materna que as mães estabelecem com os gémeos. Seria, também, interessante investigar se o facto de os bebés terem temperamentos parecidos com a progenitora influencia a ligação que esta estabelece com os bebés.

Bibliografia

- Almeida, S.; Ataíde, Á.; Nascimento, M.; Pires, P. & Silva, P. (2003). Representações mentais maternas: Um caso de trigêmeos. *Análise Psicológica, 1* (XXI), 103-110.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal, 13* (2), 167-182.
- Anisfelg, E., & Lipper, E. (1983). Early contact, social support, and mother-infant bonding. *Pediatrics, 72* (1), 79-83.
- Bates, J. E., & Bayles, K. (1984). Objective and subjective components in mother's perceptions of their children from age 6 months to 3 years. *Merril-Palmer Quarterly, 30*, 111-130.
- Bates, J. E., & Freeland, C. &. (1979). Measurement of Infant Difficultness. *Child Development, 50*, 794-803.
- Bell, S. M., & Ainsworth, M. D. S. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development, 43*, 1171-1190.
- Belsky, J., & Isabella, R. A. (1988). Maternal, infant, and social-contextual determinants of attachment security. In J. Belsky, & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (41-94). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blau, A. (1962). The theory of the parent-infant relationship: Contributions to discussion. *International Journal of Psychoanalysis, 43*, 249-250.
- Bowlby, J. (1976). A natureza da ligação da criança com a mãe. In L. Soczka (Ed.), *As ligações infantis* (105-153). Lisboa: Livraria Bertrand.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Nova York: Guildford Press.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (2007). *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interação precoce* (5.^a ed.). Lisboa: Terramar. (Obra original publicada em 1989).

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209), 3-35.

Bryan, E. (2003). *Gêmeos, trigêmeos e mais*. Coimbra: Quarteto Editora.

Burlingham, D. (1946). Twins-observations of environmental influences on their development. *Psychoanalytical Study Child*, 2, 61-73.

Buss, A. H., & Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum

Carek, D. J., & Capelli, A. J. (1981). Mother's reactions to their newborn infants. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 20, 16-31.

Carneiro, A., Dias, P., Magalhães, C., Soares, I., Rangel-Henriques, M., Silva, J., Marques, S., & Baptista, J. (2010). Avaliação do temperamento aos 13 e aos 24 meses através do relato da mãe: Validação da versão portuguesa do Infant Characteristics Questionnaire (aguarda publicação).

Cherro, M. (1992). Quality bonding and behavioral differences in twins. *Infant Mental Health Journal*, 13 (3), 206-210.

Cohen, D.; Dibble, E.; Grawe, J. & Pollin, W. (1973). Separating identical from fraternal twins. *Archives of General Psychiatry*, 29, 465-469.

Coimbra de Matos, A. (2007). *Vária: Existo porque fui amado*. Lisboa: Climepsi Editores.

Consentino-Rocha, L. & Linhares, M. (2013). Temperamento de crianças e diferenças de género. *Paidéia*, 23 (54), 63-72. Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272354201308>

DiLalla, L. F., & Bishop, E. G. (1996). Differential maternal treatment of infant twins: Effects of infant behaviors. *Behavior Genetics*, 26, 535-542.

Fava-Vizziello, G., Antonioli, M., Cocci, V., & Invernizzi R. (1993). From pregnancy to motherhood: The Structure of representative and narrative Change. *Infant Mental Health Journal*, 14 (1), 4-16.

Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521-539.

Figueiredo, B. (2005). Bonding pais-bebé. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (287-306). Lisboa: Fim de Século.

Figueiredo, B.; Marques, A.; Costa, R.; Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.

Finkel, D.; Wille, D.; & Matheny, A. (1998). Preliminary results from a twin study of infant-caregiver attachment. *Behavior Genetics*, 28(1), 1-8.

Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *The Psychoanalytical Quarterly*, 4, 612-635.

Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387-421.

Goshen-Gottsein, E. R. (1980). The mothering of twins, triplets and quadruplets. *Psychiatric*, 43, 189-204.

Goldberg, S.; Perrotta, M. & Minde, K. (1986). Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons. *Child Development*, 57, 34-46.

Goldsmith, H. H. & Campos, J. J. (1990). The structure of temperamental fear and pleasure in infants: A psychometric perspective. *Child Development*, 61, 1944-1964.

Gomes-Pedro, J. C. (1985). *A relação mãe-filho: Influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, VI (8), 455-459.

Guerreiro, E. (2001). *As representações mentais maternas na construção da imagem paterna em crianças do sexo masculino dos 7 aos 12 anos com perturbações do comportamento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa, Portugal.

Ilicali, E., & Fisek, G. (2004). Maternal representations during pregnancy and early motherhood. *Infant Mental Health Journal*, 25 (1), 16-27.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (2011). *Classificação Nacional das Profissões* (versão 2010). Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Isabella, R. A. (1994). Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behaviour and infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 17 (4), 381-387.

Kivijarvi, M., Raiha, H., Virtanen, S., Lertola, K. and Piha, J. (2004), Maternal sensitivity behavior and infant crying, fussing and contented behavior: The effects of mother's experienced social support. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 239–246.

Klaus, M., & Kennel, J. (1976). *Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development*. Saint Louis: C. V. Mosby Company.

Lebovici, S. (1983). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Leonardo, M. (2007). *O processo evolutivo das representações mentais da grávida com idade materna avançada que experiencia uma amniocentese*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa, Portugal.

Lucion, M. & Escosteguy, N. (2011). Relação Mãe/Cuidadores-Gemelares no Primeiro Ano Após o Nascimento. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21 (2), 207-318.

MacGregor, K. (2005). *Mãe-Bebé: Unidos na fantasia, no imaginário e no real. Contribuição do método canguru nas representações maternas face á prematuridade*. Dissertação de Licenciatura, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.

Machado, D. (1980). *Meus filhos gémeos*. São Paulo: Almed

Malmstrom, P. & Davis, E. (1987). Encouraging individuality in twins. *Twin Services*.
Acedido a: 27 de Agosto de 2013, em:
<http://www.twinservices.org/articles/encouragingindivid.html>

Marques, C. (2003). Depressão maternal e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 85-94.

Matheny, A. P., Wilson, R. S., and Dolan, A. B. (1976). Relations between twins' similarity in appearance and behavioral similarity: Testing and assumption. *Behavior Genetics*, 6, 343-352.

Menzel, B. & Rotnem, D. (1990). Multiple birth and its influence on the mothering experience: A case study of parent/infant psychotherapy with quadruplets. *Infant Mental Health Journal*, 11(1), 26-36.

Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourandes, A., & Piha, J. (2001). Prenatal maternal representations: Mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal*, 22 (5), 529-544.

Povedano, M., Noto, I., Pinheiro, M., & Guinsburg, R. (2011). Expectativas e percepções da mãe quanto ao seu recém-nascido: Aplicação do inventário de percepção neonatal de Broussard. *Revista Paulista de Pediatria*. 29 (2), 239-44.

Prudêncio, J. (2006). *Também o bebé tem um berço cultural: Representações de mães portuguesas e de mães emigrantes de países de leste*. Dissertação de Licenciatura, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.

Rothbard, M. K. & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology*, (37-86). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Scarr, S., and Carter-Saltzman, L. (1979). Twin method: Defense of a critical assumption. *Behavior Genetics*, 9, 527-542.

Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 19 (43), 211-220.

Spinner, M. (1978). Maternal infant bonding. *Canadian Family Physician*, 24, 1151-1153.

Stams, G.J.J.M., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M.H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806-821.

Stern, D. N. (1980). *Bebé-Mãe: Primeira relação humana*. (P. Santa Rita, Trad.). Lisboa: Moraes Editores. (Obra original publicada em 1977).

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: Views from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Stern, D. N. (1991). Maternal Representations: A clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12 (3), 174-185.

Stern, D. N. (1997). *La constellation maternelle. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

Stern, D. N.; Robert-Tissot, C.; Besson, G.; Rusconi-Serpa, S.; de Muralt M.; Cramer, B. & Palacio, F. (1989). L'Entretien "R": Une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In *L'Evaluation des Interactions Precoces entre le Bébé et ses Partenaires*. Geneve: Ed. Eschel & Médecine et Hygiène.

Taylor, A.; Atkins, R.; Kumar, R.; Adams, D. & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 45–51.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner/Mazel

Vaughn, B. E., & Bost, K. K. (1999). Attachment and temperament: Redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (198-225). New York: Guilford

Winnicott, D. W. (1995). *The family and individual development*. London: Routledge. (Obra original publicada em 1965).

Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e as suas mães* (3.^a ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987).

Winnicott, D. W. (2007). Primary maternal preoccupation. In D. W. Winnicott (Ed.), *Through pediatrics to psychoanalysis: Collected papers* (300-305). London: Karnac Books. (Obra original publicada em 1958).

Zaragosa, P. (2007). *Representações mentais e ajustamento materno na grávida adolescente*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.

Zeanah, C. H. & Barton, M. (1989). Introduction: Internal representations and parent-infant relationships. *Infant Mental Health Journal*, 10 (3), 135-141.

Zeanah, C. H., Keener, M. A., Stewart, L., & Anders, T. F. (1985). Prenatal perception of infant personality: A preliminary investigation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 204-210.

Índice de Anexos (em CD)

Anexo I. Folha de Informação à Participante

Anexo II. Consentimento Informado

Anexo III. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV. Escala de Ligação Mãe-Bebé

Anexo V. Instruções de aplicação da Entrevista R

Anexo VI. Entrevista R

Anexo VII. Questionário das Características do Bebê

Anexo VIII. Carta modelo de pedido de autorização para a recolha da amostra

Anexo IX. Caracterização da Amostra (Dados Sociodemográficos e Clínicos)

Anexo X. Consistência Interna do Questionário de Características do Bebê (Bebé 1)

Anexo XI. Consistência Interna do Questionário de Características do Bebê (Bebé 2)

Anexo XII. Consistência Interna da Escala de Ligação Mãe-Bebé (Bebé 1)

Anexo XIII. Consistência Interna da Escala de Ligação Mãe-Bebé (Bebé 2)

Anexo XIV. Análise de multicolinearidade

Anexo XV. Estudo do ajustamento à distribuição normal

Anexo XVI. Dados obtidos através do Questionário de Características do Bebê (Bebé 1 e Bebé 2)

Anexo XVII. Dados obtidos através da Entrevista R (Bebé 1 e Bebé 2)

Anexo XVIII. Dados obtidos através da Escala de Ligação Mãe-Bebé (Bebé 1 e Bebé 2)

Anexo XIX. Regressão Linear da H1, usando como VD a dimensão Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XX. Regressão Linear da H1, usando como VD a dimensão Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXI. Regressão Linear da H1, usando como VD a variável Dimensão Intervalar (Bebé 1 e Bebé 2)

Anexo XXII. Regressão Linear H2, usando como VD a Pontuação Total e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XXIII. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Positivo e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XXIV. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Negativo e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XXV. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Not Clear e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 1)

Anexo XXVI. Regressão Linear H2, usando como VD a Pontuação Total e Subescalas e VI a Dimensão Intervalar (Bebé 1)

Anexo XXVII. Regressão Linear H2, usando como VD a Pontuação Total e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXVIII. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Positivo e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXIX. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Negativo e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXX. Regressão Linear H2, usando como VD o Bonding Not Clear e VI a Positividade dos Traços Pessoais (Bebé 2)

Anexo XXXI. Regressão Linear H2, usando como VD a Pontuação Total e Subescalas e VI a Dimensão Intervalar (Bebé 2)

Anexo XXXII. Regressão Linear H3, usando como VD a diferença na Positividade dos Traços Pessoais

Anexo XXXIII. Regressão Linear H3, usando como VD a diferença na Dimensão Intervalar



Folha de Informação à Participante

O meu nome é Mara Candeias e, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, estou a realizar uma investigação, onde se pretende entender o processo de ligação entre mãe e bebé quando há filhos gémeos. Esta investigação tem a supervisão científica do prof. João Justo. Para tal, gostaria de pedir a sua colaboração voluntária para que este estudo possa ser realizado.

Venho, assim, solicitar a sua participação nesta investigação, a qual implicará o preenchimento de um Questionário das Características do Bebé relativamente aos seus bebés, que pretende medir a perceção que a mãe tem do temperamento do bebé. Seguidamente, faremos uma entrevista sobre a sua relação com os seus bebés. Por último, pediremos para preencher o protocolo da Escala de Ligação Mãe-Bebé, escala destinada a avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé.

No total, a resposta a estas escalas durará perto de 60 minutos. Não há respostas certas ou erradas. Os dados são anónimos e confidenciais, sendo usados apenas no âmbito do tratamento estatístico global dos dados.

Caso tenha alguma questão ou dúvida sobre a investigação, poderá contactar-me via e-mail: candeiasmara@gmail.com.

Muito obrigada pela sua atenção e participação.

(nome da participante)

(nome da investigadora)

(assinatura da participante)

(assinatura da investigadora)

Lisboa, ____ de _____ de 2013



Consentimento Informado

Tomei conhecimento da investigação “*A Representação Materna da Ligação Mãe-Filho na Gemelaridade*”, em que serei incluída e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar.

Foi-me dada a oportunidade de colocar questões que julguei necessárias e de todas obtive respostas satisfatórias.

Tive conhecimento que a participação é voluntária, de que os dados serão anónimos e confidenciais e que tenho possibilidade de me retirar da investigação a qualquer altura, sem qualquer tipo de prejuízo.

Por isso, concordo preencher os instrumentos propostos pela investigadora, Mara Candeias, do Mestrado Integrado de Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

(nome da participante)

(nome da investigadora)

(assinatura da participante)

(assinatura da investigadora)

Lisboa, ____ de _____ de 2013



Sujeito nº _____
Data: ____/____/____

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Mãe

1. Idade: _____

2. Estatuto Conjugal:

- ☐ Solteira ☐ União de Facto
☐ Casada ☐ Divorciada/Separada
☐ Viúva ☐ Outro, qual _____

3. Escolaridade:

Número de anos escolares concluídos com sucesso: _____

4. Estatuto Laboral:

- ☐ Empregada
☐ Desempregada
☐ Em licença de maternidade
☐ Por conta própria/ trabalha a partir de casa
☐ Outro, qual _____

5. Profissão: _____

6. Disponibilidade para passar tempo com os seus filhos: _____

7. Tem irmãos?

- ☐ Sim
☐ Não

8. Tem gémeos na família?

- ☐ Sim
☐ Não

Pai

9. Idade: _____

10. Estatuto Conjugal:

- ☐ Solteiro ☐ União de Facto
☐ Casado ☐ Divorciado/Divorciado
☐ Outro, qual _____

11. Escolaridade:

Número de anos escolares concluídos com sucesso: _____



12. Estatuto Laboral:

- ☐ Empregado
☐ Desempregado
☐ Em licença de paternidade
☐ Por conta própria/ trabalha a partir de casa
☐ Outro, qual _____

13. Profissão: _____

14. Disponibilidade para passar tempo com os seus filhos: _____

Agregado Familiar

15. Composição do agregado familiar

Quem (grau do parentesco)	Idade

16. ESE (Graffar): P__ NI__ RF__ CA__BH__ = Total __

Gémeos

17. A gravidez foi planeada?

- ☐ Sim
☐ Não

18. A gravidez foi desejada?

- ☐ Sim
☐ Não

19. Tempo de gestação: _____

20. Parto:

- ☐ Parto Vaginal sem Epidural
☐ Parto Vaginal com Epidural
☐ Parto por Cesariana com Epidural
☐ Parto por Cesariana com Anestesia Geral

21. Tipo de instrumentos utilizados:

- ☐ Forceps
☐ Ventosas
☐ Nenhum

22. Data de nascimento: ____/____/____



1º Bebê

23. Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

24. Peso à nascença: _____

25. Comprimento à nascença: _____

26. APGAR: ____/____/____

27. Houve tratamentos médicos à nascença?

- ☐ Não
☐ Sim

27.1 Se sim, porquê:

28. Houve internamentos?

- ☐ Não
☐ Sim

28.1. Se sim, porquê:

29. Aleitamento

- ☐ Amamentação exclusiva
☐ Alimentação mista
☐ Alimentação exclusivamente artificial
☐ Outro, qual _____

30. Quem toma conta

- ☐ Mãe
☐ Creche
☐ Ama/outras cuidadores
☐ Outro, qual _____

2º Bebê

31. Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

32. Peso à nascença: _____

33. Comprimento à nascença: _____

34. APGAR: ____/____/____



35. Houve tratamentos médicos à nascença?

- ☐ Não
☐ Sim

35.1 Se sim, porquê:

36. Houve internamentos?

- ☐ Não
☐ Sim

36.1. Se sim, porquê:

37. Aleitamento

- ☐ Amamentação exclusiva
☐ Alimentação mista
☐ Alimentação exclusivamente artificial
☐ Outro, qual _____

38. Quem toma conta

- ☐ Mãe
☐ Creche
☐ Ama/outros cuidadores
☐ Outro, qual _____



Sujeito nº _____
Data: ____/____/____

Escala de Ligação Mãe-Bebé

(Taylor et al., 2005, traduzida e adaptada por
Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais, 2005)

Na tabela seguinte, vai encontrar determinados adjectivos que podem descrever o modo como se sente neste momento em relação ao seu(sua) filho(a).

Assinale, com um X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sente neste momento.

	Muito	Bastante	Um Pouco	De Modo Nenhum
Afectuosa				
Desiludida				
Neutra, sem sentimentos				
Possessiva				
Ressentida				
Desgostosa				
Protectora				
Alegre				
Agressiva				
Receosa				
Zangada				
Triste				

Obrigada pela sua colaboração.



Entrevista “R” adaptada

- Instruções de aplicação –

A. Descrição do bebé

1. Descrição verbal do bebé – espontânea

“Pode descrever como é o seu bebé? Que género de bebé é?”

2. Descrição verbal do bebé – com ajuda

Se a mãe não deu 5 descritores dar-lhe duas sugestões e esperar após cada uma:

“Pensou em todas as características, boas ou más?”

“Será que existe algo que se tenha esquecido?”

3. Descrição percetiva do bebé

Apresentar à mãe a lista de traços de carácter pessoal. Adicionar à lista os adjetivos que a mãe utilizou anteriormente para descrever o seu bebé e que não se encontram na lista de traços de carácter pessoal. Se não existir o oposto do adjetivo, referir pela negativa.

4. Descrição episódica vs semântica do bebé

“Ilustre dois dos adjetivos com um exemplo específico, o mais recente possível, de preferência das últimas 24 ou 48 horas”

B. Papel dos acontecimentos importantes do passado do bebé

5. Descrição verbal dos acontecimentos importantes do passado do bebé:

“Durante a sua gravidez, parto, ou imediatamente após o parto, houve acontecimentos importantes que tenham ocorrido (a si e à sua família ou ao seu bebé) que possam desempenhar um papel em relação ao que pensa ou percebe do seu bebé (ou na maneira como age com ele). Talvez tenham ocorrido outros acontecimentos à parte dos problemas médicos que possam ter desempenhado um papel?”

6. Descrição percetiva dos acontecimentos importantes

“Como é que cada um desses acontecimentos influenciou a sua maneira de pensar sobre ou agir com o seu bebé?”



Preencher a lista com os acontecimentos mais significativos e pedir à mãe que preencha as escalas da questão 6.

C. Descrição dela mesma enquanto mãe

7. Descrição verbal dela mesma enquanto mãe – espontânea

“Pode descrever que género de mãe é? Como se descreveria enquanto mãe?”

8. Descrição verbal dela mesma enquanto mãe – com ajuda

Se a mãe não deu 5 descritores dar-lhe duas sugestões e esperar após cada uma:

“Pensou em todas as características, boas ou más?”

“Será que existe algo que se tenha esquecido?”

9. Descrição percetiva dela mesma enquanto mãe

Dar a preencher à mãe, com as diretrizes apropriadas, a lista das características maternas. Antes de lha dar, adicionar à lista os adjetivos que ela deu espontaneamente e que não se encontram na lista. Inventar as palavras opostas.

10. Descrição episódica vs semântica dela mesma enquanto mãe

“Ilustre dois dos adjetivos com um exemplo específico, o mais recente possível, de preferência das últimas 24 ou 48 horas”. Escolher os dois adjetivos mais “carregados” e mais susceptíveis de provocar recordações episódicas interessantes.

D. Parecenças com a família

11. Recital verbal

“Com quem é que o seu bebé se parece mais na sua família?” Se ela só nomear características físicas pedir-lhe que especifique traços de carácter.

12. Utilizar os adjetivos dados nas questões 1 e 2 e para cada um deles pedir à mãe: “De quem é que o bebé herdou esta característica?”

E. Afetos ligados às representações

13. Escolha das emoções principais

“Todas as mães quando pensam ou estão com os seus bebés, sentem muitas emoções diferentes. Quais são as 3 emoções mais fortes que pensa ter pelo seu bebé?”



14. Avaliação percetiva das emoções

“Vou-lhe dar uma lista de várias emoções que a maioria das mães sente uma vez ou outra. Indique se as sente frequentemente ou nunca, quando pensa ou está com o seu bebé.”

F. Desejos e medos

15. “Pensando no futuro quais são os seus desejos mais fortes para o seu bebé?”
16. “Pensando no futuro quais são os seus maiores medos em relação ao seu bebé?”
17. “Quais são os seus maiores desejos para si enquanto mãe no futuro?”
18. “Quais são os seus maiores medos para si enquanto mãe no futuro?”

G. Autoestima

19. “Ao longo do mês anterior como se sentiu enquanto pessoa, bem ou mal, na sua pele?”

H. Outro

20. “Existe alguma coisa sobre a qual não tenha falado que possa ter um papel importante na sua maneira de pensar, e de agir com o seu bebé?”

Investigar de uma forma não estruturada todos os temas que mereçam uma exploração mais aprofundada, principalmente os que pareçam ter um papel fulcral. O entrevistador é livre de continuar como melhor lhe parecer.



Sujeito nº _____
Data: ____/____/____

Entrevista “R”: Folha de Anotação

(Stern et al., 1989, traduzida e adaptada por Leonardo, 2007)

1. Lista de descritores do bebé – espontaneamente

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

2. Lista de descritores do bebé – com ajuda

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

3. Traços pessoais: bebé

Inativo	_____	Ativo
Calmo	_____	Excitado
Agressivo	_____	Pacífico
Introvertido	_____	Sociável
Empreendedor	_____	Inibido
Alegre	_____	Triste
Difícil	_____	Fácil
Bonito	_____	Feio
Não inteligente	_____	Inteligente
Recetivo	_____	Pouco recetivo
Distante	_____	Caloroso
Independente	_____	Dependente
Medroso	_____	Confiante
Vivo	_____	Pouco vivo
Despreocupado	_____	Preocupado
Afetuosos	_____	Pouco afetuosos



4. Descrição episódica vs. Semântica do bebé

—

—

5. Lista dos acontecimentos importantes deste bebé

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

6. Influência dos acontecimentos importantes

	Nenhuma	Muita
Acontecimento nº1	_____	
Acontecimento nº2	_____	
Acontecimento nº3	_____	
Acontecimento nº4	_____	
Acontecimento nº5	_____	

7. Lista de descritores da própria como mãe – espontaneamente

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

8. Lista de descritores da própria como mãe – com ajuda

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.



9. Traços pessoais: a própria como mãe

Pouco afetuoso	_____	Afetuosa
Tolerante	_____	Intolerante
Medrosa	_____	Confiante
Disponível	_____	Ocupada ou preocupada com outras coisas
“Mãe-Galinha”	_____	Desprendida
Impaciente	_____	Paciente
Tem autoridade	_____	Condescendente
Sisuda	_____	Brincalhona
Põe regras	_____	Permissiva
Pouco generosa	_____	Generosa
Despreocupada	_____	Preocupada
Satisfeita no seu papel como mãe	_____	Insatisfeita no seu papel como mãe
Papel de mãe difícil	_____	Papel de mãe fácil

10. Descrição episódica vs. Semântica do bebé

—

—

11. Semelhanças com a família (espontâneo)

Pessoas com quem o bebé será parecido	Para que traço
1.	-
2.	-
3.	-
4.	-
5.	-

12. Lista dos descritores do bebé (Q.1 e Q.2)

Pessoas com quem o bebé será parecido	Para que traço
1.	-
2.	-
3.	-
4.	-
5.	-



13. As três emoções mais fortes

- 1.
- 2.
- 3.

14. Afetos

	Raramente	Frequentemente
Alegria	_____	_____
Tristeza	_____	_____
Ansiedade/medo	_____	_____
Curiosidade	_____	_____
Raiva	_____	_____
Culpa	_____	_____
Orgulho	_____	_____
Vergonha	_____	_____
Desgosto	_____	_____

15. Desejos para o bebé

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

16. Medos para o bebé

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

17. Desejos para a mãe

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.



18. Medos para a mãe

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

19. Autoestima

Muito má

Muito Boa

20. Exploração livre de temas importantes



Questionário das Características do Bebê

(Bates, Freeland, & Lounsbury, 1979, traduzida e adaptada por Soares, Rangel-Henriques, & Dias, 2010)

Por favor, preencha este questionário, assinalando, para cada situação, o dígito que melhor caracteriza o seu bebé.

1. É fácil ou difícil para si acalmar ou sossegar o seu bebé quando ele chora ou está inquieto?

1	2	3	4	5	6	7
Muito fácil			Dificuldade média			Difícil

2. O seu bebé mantém alguma regularidade no que diz respeito às horas de dormir?

1	2	3	4	5	6	7
Muito consistente/ Exibe pouca ou nenhuma variabilidade			Exibe alguma variabilidade			Pouco consistente/ Exibe muita variabilidade

3. O seu bebé mantém alguma regularidade no que diz respeito às horas de comer?

1	2	3	4	5	6	7
Muito consistente/ Exibe pouca ou nenhuma variabilidade			Exibe alguma variabilidade			Pouco consistente/ Exibe muita variabilidade

4. É fácil ou difícil para si saber o que está a incomodar o seu bebé quando ele chora ou fica rabugento?

1	2	3	4	5	6	7
Muito fácil			Dificuldade média			Difícil



5. Em média, quantas vezes, por dia, o seu bebé fica rabugento ou irritado, quer seja por breves ou longos períodos de tempo?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	1-2 vezes por dia	3-4 vezes	5-6 vezes	7-9 vezes	10-14 vezes	Mais de 15

6. Em geral, o seu bebé chora ou fica rabugento:

1	2	3	4	5	6	7
Pouco/ Menos do que a maioria das crianças			Tanto como a maioria das crianças			Muito/ Mais do que a maioria das crianças

7. Como é que o seu bebé, geralmente, reage quando lhe dá banho?

1	2	3	4	5	6	7
Sempre de forma positiva			De forma favorável à vezes, ou de forma neutra			Sempre de forma negativa ou com receio

8. Como é que o seu bebé, geralmente, responde/ age perante novas comidas?

1	2	3	4	5	6	7
Sempre de forma positiva			De forma favorável à vezes, ou de forma neutra			Sempre de forma negativa ou com receio

9. Como é que o seu bebé, geralmente, responde/ age perante pessoas que não conhece?

1	2	3	4	5	6	7
Sempre de forma positiva			De forma favorável à vezes, ou de forma neutra			Sempre de forma negativa ou com receio



10. Como é que o seu bebé, geralmente, reage quando está num lugar que não conhece?

1	2	3	4	5	6	7
Sempre de forma positiva			De forma favorável à vezes, ou de forma neutra			Sempre de forma negativa ou com receio

11. Com que facilidade é que o seu bebé se adapta a novas experiências (por exemplo, nas situações apresentadas nos itens 7-10)?

1	2	3	4	5	6	7
Muito bem/ Gosta sempre			Acaba por gostar delas, metade das vezes			Quase sempre não gosta

12. Com que facilidade é que o seu bebé fica inquieto ou chora?

1	2	3	4	5	6	7
Difícilmente fica perturbado, mesmo nas situações que incomodam a maioria das crianças			Moderado			Perturba-se facilmente

13. Quando o seu bebé fica rabugento ou chora, fá-lo com vigor, chora alto?

1	2	3	4	5	6	7
Chora muito baixinho			Moderado			Muito alto/ Dá vontade de fugir

14. Como é que o seu bebé reage quando o está a vestir?

1	2	3	4	5	6	7
Muito bem/ Gosta			Moderado			Não gosta nada



15. O seu bebé é uma criança activa?

1	2	3	4	5	6	7
Muito calma/ Quieta			Moderado			Muito activa/ Vigorosa

16. Até que ponto o seu bebé sorri e faz sons de satisfação?

1	2	3	4	5	6	7
Bastante/ Mais do que a maioria das das crianças			Moderado			Pouco/ Menos do que a maioria das crianças

17. Como é o humor habitual do seu bebé?

1	2	3	4	5	6	7
Muito alegre/ Bem disposto			Nem sério nem alegre			Sério

18. Até que ponto o seu bebé gosta de brincar consigo?

1	2	3	4	5	6	7
Gosta muito			Moderado			Não gosta muito

19. O seu bebé gosta que lhe peguem?

1	2	3	4	5	6	7
Pouco/ Não gosta de estar ao colo			Às vezes gosta, outras vezes não			Muito/ Quer estar sempre ao colo

20. Como é que o seu bebé responde às mudança das rotinas do dia-a-dia, como, por exemplo, quando vai a um passeio, a uma festa, quando faz uma viagem, etc.?

1	2	3	4	5	6	7
Muito bem/ Não rabuja			Moderado			Muito mal/ Rabuja



21. É fácil ou difícil para si prever quando é que o seu bebé vai precisar de mudar a fralda?

1	2	3	4	5	6	7
Muito fácil			Dificuldade média			Difícil

22. Até que ponto o humor do seu bebé é variável?

1	2	3	4	5	6	7
Raramente muda/ Quando muda, é devagar			Moderado			Muda com frequência e rapidamente

23. O seu bebé fica excitado, alegre, quando as pessoas brincam ou falam com ele?

1	2	3	4	5	6	7
Muito excitado			Moderado			Não fica excitado

24. Por favor, avalie a dificuldade que o seu bebé apresentaria para a maior parte das mães?

1	2	3	4	5	6	7
Muito fácil			Normal/ Alguns problemas			Muito difícil

Obrigada pela sua colaboração.



Mara Filipa Conceição Candeias
Mestrado Integrado em Psicologia
Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, 2013

Exmo. Sr. Diretor da Associação Gémeos e Mais:

Eu, Mara Filipa Conceição Candeias, finalista do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, no âmbito da dissertação final do Mestrado, sob orientação do Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo, pretendo realizar um estudo que tem como objetivo compreender o processo de ligação entre mãe e bebé quando há filhos gémeos. Por este motivo, venho pedir a sua ajuda para realizar a recolha da amostra desta investigação. Os sujeitos da amostra serão mães de gémeos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 meses.

A confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos serão completamente assegurados, sendo estes utilizados exclusivamente para tratamento estatístico.

Em anexo, envio o projeto da investigação, onde estão expostos mais detalhadamente os fundamentos teóricos, objetivos, método e instrumentos inerentes a este estudo.

Caso tenha alguma questão ou dúvida sobre a investigação, poderá contactar-me via e-mail: candeiasmara@gmail.com.

Agradecendo antecipadamente a sua atenção e aguardando a sua resposta, aproveito para enviar os meus melhores cumprimentos.

Lisboa, de de 2013.

(Mara Filipa Conceição Candeias)



Exmo. Sr. Diretor da Associação Grupo Gémeos:

Eu, Mara Filipa Conceição Candeias, finalista do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, no âmbito da dissertação final do Mestrado, sob orientação do Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo, pretendo realizar um estudo que tem como objetivo compreender o processo de ligação entre mãe e bebé quando há filhos gémeos. Por este motivo, venho pedir a sua ajuda para realizar a recolha da amostra desta investigação. Os sujeitos da amostra serão mães de gémeos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 meses.

A confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos serão completamente assegurados, sendo estes utilizados exclusivamente para tratamento estatístico.

Em anexo, envio o projeto da investigação, onde estão expostos mais detalhadamente os fundamentos teóricos, objetivos, método e instrumentos inerentes a este estudo.

Caso tenha alguma questão ou dúvida sobre a investigação, poderá contactar-me via e-mail: candeiasmara@gmail.com.

Agradecendo antecipadamente a sua atenção e aguardando a sua resposta, aproveito para enviar os meus melhores cumprimentos.

Lisboa, de de 2013.

(Mara Filipa Conceição Candeias)



Exma. Sra. Diretora do Infantário :

Eu, Mara Filipa Conceição Candeias, finalista do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, no âmbito da dissertação final do Mestrado, sob orientação do Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo, pretendo realizar um estudo que tem como objetivo compreender o processo de ligação entre mãe e bebé quando há filhos gémeos. Por este motivo, venho pedir a sua ajuda para realizar a recolha da amostra desta investigação. Os sujeitos da amostra serão mães de gémeos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 meses.

A confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos serão completamente assegurados, sendo estes utilizados exclusivamente para tratamento estatístico.

Em anexo, envio o projeto da investigação, onde estão expostos mais detalhadamente os fundamentos teóricos, objetivos, método e instrumentos inerentes a este estudo.

Caso tenha alguma questão ou dúvida sobre a investigação, poderá contactar-me via e-mail: candeiasmara@gmail.com.

Agradecendo antecipadamente a sua atenção e aguardando a sua resposta, aproveito para enviar os meus melhores cumprimentos.

Lisboa, de de 2013.

(Mara Filipa Conceição Candeias)